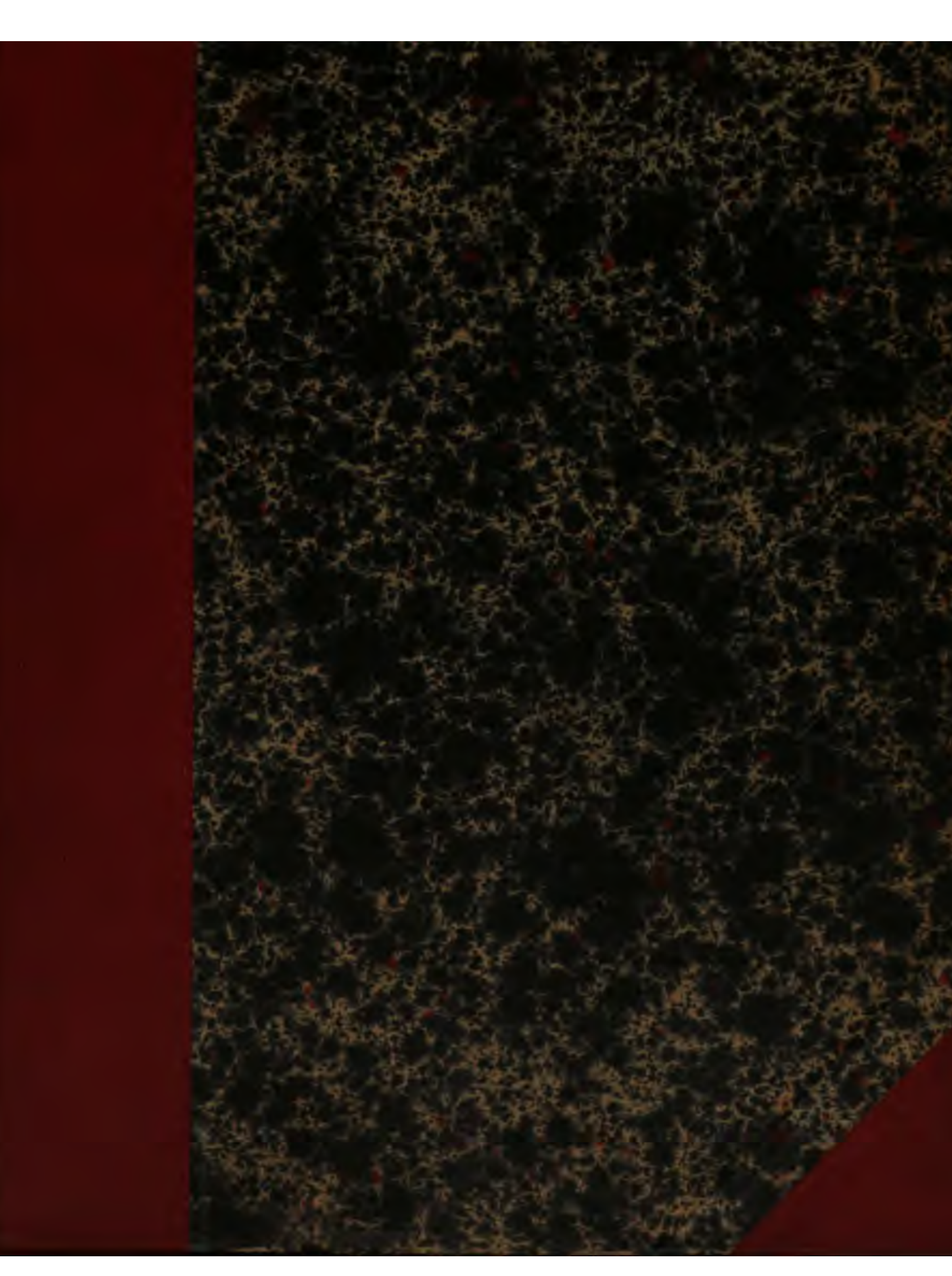


Herrn Prof. Dr. Kleinwächter in vorzügl. Hochachtung v. Dr. Beuttner

Gynæcologia Helvetica

Eingelaufen 21/7 1905

Herausgegeben

von

Dr O. BEUTTNER

Privat-Docent a. d. Universität Genf.

Fünfter Jahrgang

(Bericht über das Jahr 1904)

Mit 75 Abbildungen im Text

nebst

Portrait von Prof. Dr. J. J. Hermann und Prof. Dr. Th. Hermann.

GENF
Henry Kündig, Verlag.

1905

Gynæcologia Helvetica

Fünfter Jahrgang.



J. J. HERMANN
1834 - 1861



THEOD. HERMANN
1861 - 1867



Gynæcologia Helvetica

Herausgegeben

von

DR O. BEUTTNER

Privat-Docent a. d. Universität Genf.

Fünfter Jahrgang

(Bericht über das Jahr 1904)

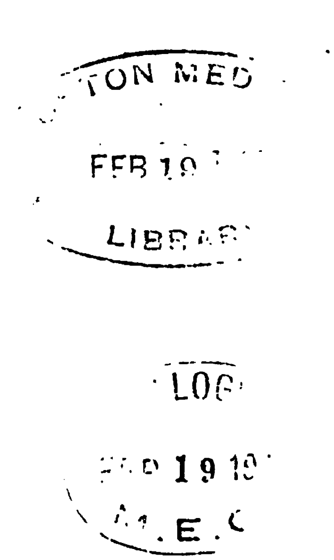
Mit 75 Abbildungen im Text

nebst

Portrait von Prof. Dr. J. J. Hermann und Prof. Dr. Th. Hermann.

GENF
Henry Kündig, Verlag.

1905



GENÈVE

IMPRIMERIE W. KÜNDIG & FILS

VORWORT

Zum fünften mal zieht die **Gynæcologia Helvetica** in die Welt, Zeugnis ablegend, dass die Schweizer-Aerzte gewillt sind, stets und stets ihr bescheidenes Scherflein zum Ausbau der Geburtshülfe und Frauenheilkunde beizutragen.

Die

Gründung der geburtshülflich-gynækologischen Gesellschaft der französischen Schweiz

hat neues Leben in die Gynækologen der Westkantone gebracht.

Die in diesem Jahrgange veröffentlichten Statuten und Verhandlungen legen davon beredtes Zeugnis ab.

Möge die neue Gesellschaft bald den Grundstein der

« Schweizer-Gesellschaft für Gynækologie »

bilden.

Die bis jetzt vorliegenden 5 Jahrgänge der **Gynæcologia Helvetica**, die den « ersten Band » dieser Jahresschrift repräsentieren, lassen an der Vitalität einer Vereinigung der schweizerischen Frauenärzte keinen Zweifel aufkommen.

Um das Nachschlagen des ersten, einige 1400 Seiten starken Bandes zu erleichtern, haben wir ausser dem Namens- und Sachregister des vorliegenden Jahrganges ein

« General-Namens- und Sachregister »

beigegeben.

Veröffentlichte Originalarbeiten.

Dr. J. Biland, Bern:

Ueber die fibrösen Gerinnungen an der placentaren Fläche des Chorion.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Bern:

Prof. Dr. Th. Langhans.

(Virchows Archiv, 177. Band, 1904.)

Die ersten genauen Beschreibungen des Fibrins am Chorion frondosum rühren von Langhans und von Kölliker her.

Unsere jetzigen Kenntnisse über das Vorkommen von Fibrin in der Placenta in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft kann man in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Es findet sich das Fibrin in fast kontinuierlicher Lage auf der placentaren Fläche des Chorion frondosum (Kölliker und Langhans).

2. Es finden sich zwischen den Zotten kleine Fibrininseln, die von Steffek und Eberhardt zuerst beschrieben wurden. Sie entstehen aus insulären Wucherungen der Zellschicht der Zotten, welche Langhans schon in seiner grossen Arbeit unter dem Namen « grosszellige Inseln » beschrieben hat.

3. Es findet sich Fibrin auf und in der Serotina; schon Langhans hat in seiner Arbeit darauf hingewiesen, dass sich hier ein dem kanalisierten Fibrin ähnliches Gewebe findet.

Dann hat namentlich Nitabuch unter Leitung von Langhans nachgewiesen, dass hier neben dem oberflächlichen, direkt an den intervillösen Raum angrenzenden Fibrinstreifen noch ein zweiter, in der Serotina ge-

legener, sich findet. Das Auftreten dieses Fibrins wird verständlich auf Grund einer Auffassung von LANGHANS, die in der Arbeit von MERTTENS niedergelegt ist.

Es ist hier zum erstenmal klar ausgesprochen, dass dem Syncytium ein gerinnungshemmender Einfluss, der Zellschicht dagegen ein gerinnungsfördernder Einfluss zukommt. Ferner ist die Tatsache hervorgehoben, *dass die Existenz des Syncytium gebunden ist an das Vorhandensein eines fœtalen Kapillarsystems in den oberflächlichsten Schichten des Bindegewebes des Chorion und der Zotten.*

BILAND hat nun zunächst durch weitere Untersuchungen festzustellen gesucht, ob die von LANGHANS behauptete Zusammengehörigkeit, von Syncytium und fœtalen Kapillaren in dem gegenüberliegenden Choriongewebe, besteht; dann hat er daraufhin eine Anzahl von Abortiv-Placenten und einige reife Placenten, im ganzen 14, untersucht und schildert das histologische Bild der einzelnen Placenten. Das Resultat dieser Untersuchungen fasst BILAND folgendermassen zusammen:

« *Da wo ein Syncytium das Chorion bekleidet, zeigt die Chorionoberfläche zahlreiche Kapillaren; da wo es fehlt und an seiner Stelle eine Fibrinschicht auf dem Chorion liegt, werden die Kapillaren sehr spärlich, ja fehlen auf langen Strecken vollständig.*

Es sprechen also meine Untersuchungen durchaus zu gunsten der von LANGHANS *ausgesprochenen Idee, dass die Existenz des Syncytium an diejenige eines Kapillarnetzes im gegenüberliegenden fœtalen Bindegewebe gebunden ist. Beide schwinden in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft fast vollständig und das Syncytium wird durch Fibrin ersetzt. Syncytium und fœtale Kapillaren gehören also in funktioneller Beziehung zusammen und von denen das fœtale Bindegewebe bedeckenden epithelialen Schichten kommt jedenfalls dem Syncytium der Hauptanteil an dem Stoffaustausch zwischen Mutter und Frucht zu, wie dies ebenfalls* LANGHANS *zuerst ausgesprochen hat.* »

BILAND fügt zum Schlusse noch einige Bemerkungen über *die Struktur der Kapillaren* bei und sucht die Frage zu beantworten: « Ist es das Syncytium, das zuerst schwindet und ist der Schwund der Kapillaren ein sekundärer oder ist es umgekehrt »? Diese Frage kann noch nicht mit Sicherheit beantwortet werden.

Prof. Dr. G. v. Bunge, Basel*:

Alkoholismus und Degeneration.

(Virchows Archiv, 175. Band, 1904).

Auf den Zusammenhang zwischen der chronischen Alkoholvergiftung der Erzeuger und der Degeneration der Nachkommen ist v. Bunge aufmerksam geworden gelegentlich seiner *Untersuchungen über die Ursache der zunehmenden Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen.* Um die Ursache dieser Unfähigkeit zu erforschen, liess *v. Bunge* spez. Fragebogen versenden. Davon konnten 1629 zu statistischen Studien verwendet werden; nur diejenigen Frauen wurden als «Befähigte» in Betracht gezogen, welche ihre Kinder 9 Monate ausreichend gestillt hatten. Unter den ausgefüllten Fragebogen fanden sich 519 Fälle von befähigten Frauen und 1110 Fälle von nicht befähigten.

In den 519 Fällen der befähigten Frauen konnte über die Befähigung ihrer Mütter genügende Auskunft in 423 Fällen erlangt werden. 422 Mütter waren befähigt. Nur in einem einzigen Falle wurde die Befähigung der Mutter verneint.

In den 1110 Fällen der Nichtbefähigten konnte über die Befähigung der Mutter Auskunft erlangt werden in 716 Fällen; in 435 Fällen (60,8 %) war schon die Mutter nicht befähigt gewesen; in 281 Fällen dagegen (39,2 %) war die Mutter noch befähigt gewesen.

Damit ist die *Erblichkeit der Unfähigkeit zum Stillen bewiesen.*

Von besonderem Interesse sind die erwähnten 281 Fälle, in denen die Mutter noch befähigt war, die Tochter nicht mehr. Die Häufigkeit dieser Fälle erklärt die *rapide Zunahme der Unfähigkeit zum Stillen.*

Die Fälle, wo die Mutter stillen kann, die Tochter nicht mehr, sind deshalb interessant, weil wir hier auf den *Alkoholismus* stossen; in 78 % dieser Fälle ist der Vater ein unmässiger Trinker.

v. Bunge unterscheidet in bezug auf den Alkoholkonsum der Familienglieder 4 Kategorien:

1. nicht gewohnheitsmässige Trinker.
2. gewohnheitsmässig mässige Trinker.
3. gewohnheitsmässig unmässige Trinker.
4. Potatoren.

* Siehe *Gynæcologia Helvetica*. I. pag. 19: Prof. Bunge: « Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen ».

Aus tabellarischer Zusammenstellung folgt, *dass die chronische Alkoholvergiftung des Vaters die Hauptursache der Unfähigkeit zum Stillen der Tochter ist.*

Der Unfähigkeit zum Stillen parallel gehen andere Symptome der erblichen Degeneration, insbesondere eine Widerstandslosigkeit gegen Erkrankungen an *Tuberkulose*, an *Nervenleiden* und an *Psychosen*, wie weitere beigegebene Tabellen bestens illustrieren; weiter kommt in Betracht die Zahncaries, worüber v. Bunge äusserst interessante Tatsachen zu Tage gefördert hat.

Dr. M. Chassot, Basel-Freiburg:

Hæmorrhagische Septicæmie infolge einer puerperalen Mastitis, verursacht durch den Staphylococcus und den Bacillus pyocyaneus.

Septicémie hémorrhagique à la suite d'une mastite puerpérale causée par le staphylocoque et le bacille pyocyanique.

(Société d'Obstétrique de Paris. Séance du 19 mai 1904.)

25-jährige Primipara; normale Geburt am 9. Januar 1904, in der Frauenklinik in Basel, ohne irgendwelche Läsionen. Das Wochenbett ist bis zum 5. Tage normal; die Mutter stillt. Am 14. Januar, Morgens, ist die Temperatur 38,4, Puls 100; Schmerzen in der rechten Brust; das Kind wird nicht mehr an die kranke Brust angelegt; Eis-Compressen und Carbol-Glycerin-Compressen. Am 15. Abends ist alles wieder normal. Am 18. Abends steigt die Temperatur wieder auf 38,8 und der Puls auf 120; Schmerzen im Hals und im linken Arm; am folgenden Tage sind die Beschwerden verschwunden; am gleichen Tage, Abends, 38 Temp. und 98 Pulse. Am Abend des 23. steigt die Temperatur auf 39,8 und der Puls auf 120; es etablieren sich wieder Schmerzen in der l. Brust, an der gleichen Stelle wie früher. Von da an variiert die Temperatur am Abend zwischen 38,5 und 39, mit Remissionen am Morgen. Puls immer über 100; keine Fluktuation; daher Behandlung wie früher; harte, geschlungene Stränge; am 27. Aspiration von gelblicher Masse, die Staphylococcen enthält; am 28. leichte Fluktuation; Drüsen der Achselhöhle empfindlich. Probe-Punktion: grüner Eiter. Am 29. in Narkose zwei lange Incisionen, wobei ein halbes Glas Eiter entleert wird; 2 Gegenöffnungen; Drainage. Am 31., Nachmittags, konstatiert man bei der Wöchnerin eine über die ganze Körperoberfläche sich ausdehnende « Purpura hæmorrhagica », die noch am gleichen Tage auch die Schleimhäute befällt: Nasenbluten, Blutabgang aus der Scheide. 1. Februar: *Total-Amputation der linken Brust;* Pat. verliert während der Operation enorm viel Blut; Puls wird sehr schnell und klein. 3 Stunden post operationem *Exitus*.

Autopsie: Vollständiges Bild einer Septicæmie.

Pathologisch-anatomische Untersuchung der amputierten Brust: Man findet 5-6 Eiterherde von der Grösse einer Haselnuss und gefüllt mit grünem Eiter oder Blut; sehr viel Lymphocyten, mononucleäre und polynucleäre Leucocyten. Eitrige Mastitis.

Bakteriologische Untersuchung. Am 19. Tage der Krankheit findet man in der Milch Staphylococcen; am Todestage wird das Wundblut, sowie das Blut einer hæmorrhagischen Pustel untersucht: Staphylococcen mit Bacillus pyocyaneus.

Chassot hat in der Litteratur Umschau gehalten, betreffs schwerer Infektionen durch den B. pyocyaneus; er hat nur 8 einschlägige Fälle finden können (*Lenhartz:* Les Maladies septiques), die kurz wieder gegeben werden; dann werden die bekannt gegebenen Fälle von tödlich endender Mastitis besprochen.

Die enorme *Zunahme der Virulenz der Staphylococcen* im obigen Fälle ist wohl auf ihre Association mit dem Bacillus pyocyaneus zurückzuführen.

Chassot verbreitet sich des weitern über *die Frage der Herstellung eines Serums des B. pyocyaneus;* vorderhand kann man aber bezüglich der *einzuschlagenden Therapie* nur folgendes sagen: Tritt Eiterung ein, so soll man breit den Abcess eröffnen und drainieren. Selbst wenn man eine Association von Microorganismen gefunden hat, die gegenseitig die Virulenz zu steigern im Stande ist, so soll man sich doch noch exspektativ verhalten; eine blutige Operation schwächt den Körper.

Dr. E. Döbeli, Bern:

Ueber grosse Pausen in der Säuglingsernährung.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 17, pag. 553, 1904.)

Ist es für das Gedeihen eines Säuglings absolut notwendig, denselben alle 2—3 Stunden zu füttern oder ist es vielleicht sogar *zweckmässig*, denselben an längere Nahrungspausen zu gewöhnen?

Heubner empfiehlt für Brusternährung $2^1/_2$—3 stündliche Pausen, für künstliche Ernährung unbedingt 3stündliche, für kranke Kinder sogar $3^1/_2$ stündliche. Stoos und Marfan vertreten ungefähr denselben Standpunkt. Feer in Basel macht in seiner Arbeit: « Weitere Beobachtungen über die Nahrungsmengen bei Brustkindern » folgende Angaben: « Die Zahl der Mahlzeiten schwankte in relativ engen Grenzen und bewegte sich bei den meisten Kindern um 6, später um 5 herum, ohne dass ein besonderer Zwang ausgeübt worden wäre. » Hennoch schreibt für Brust-

$2^1/_2$, für künstliche Ernährung unbedingt, auch beim jüngsten Kinde, 3stündliche Pausen vor, etc.

Eine Litteraturdurchsicht beweist, dass lange Nahrungspausen einem Kinde keinen Schaden bringen; eine andere Frage ist diejenige der Zweckmässigkeit einer solchen Vorschrift.

Döbeli empfiehlt, ein Kind in den ersten Lebenswochen 3stündlich an die Brust zu legen, mit einer längern Nachtpause von 6—8 Stunden, dabei aber ein Kind in der Regel nie aus dem Schlafe zu wecken, auch wenn ausnahmsweise mehr wie 3 Stunden von einer Mahlzeit zur andern verstreichen sollten.

Zum Schlusse behandelt Döbeli noch die Ernährung bei Magendarmkrankheiten der Säuglinge.

Dr. R. von Fellenberg, Bern *:

Zur Narbendehiscenz in der Wand des graviden Uterus nach früheren gynækologischen Operationen.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Bern:

Prof. Dr. P. Müller.

(Arch. f. Gyn., Bd. 71, Heft 2, 1904.)

Nach einem geschichtlichen Ueberblick der uns interessierenden Frage teilt v. Fellenberg zwei einschlagende Beobachtungen aus der *Berner Frauenklinik* mit:

In beiden Fällen war früher eine Laparotomie gemacht worden, mit keilförmiger Excision des uterinen Tubenendes einer Seite. Die Heilung verlief beide Male nicht ungestört; während aber im ersten Falle infolge Platzens eines eitrigen Tumors und Infektion des Peritoneums eine längerdauernde Eiterung bestanden hatte und eine offene Wundbehandlung mit Tamponade und Drainage der Bauchhöhle durchgeführt worden war, kam es im zweiten Fall zu keiner Infektion (Darmadhæsion, die Ileus hervorrief).

In beiden Fällen war der Uterus mit Catgut genäht worden.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 220: *v. Fellenberg:* « Ueber Ruptur am Fundus uteri ».

Es ist nicht ausgeschlossen, dass in Folge der Eiterung im *ersten Falle* eine Verwachsung der Muskulatur nicht eingetreten ist, sondern nur das Peritoneum verklebte, zumal da keine versenkten Nähte in der Uteruswand angelegt worden waren. Die so im Innern entstandene Bucht wurde dann von Schleimhaut ausgekleidet. Die Ruptur war also vorbereitet. Dazu kam noch der Umstand, dass sich, als die Frau schwanger wurde, das Ei gerade in der Gegend dieser Narbenbucht ansetzte. So kam also noch der schädigende Einfluss der Placenta mit ihren in die Tiefe dringenden Zotten dazu und es bedurfte nur einiger schwacher Wehen beim Geburtsbeginn, um bei wenig erweitertem Muttermund die Ruptur eintreten zu lassen.

Während sonst als hauptsächliches diagnostisches Merkmal für eingetretene Ruptur das sofortige plötzliche Sistieren der Wehen hervorgehoben wird, trat dies im vorliegenden Falle nicht ein. Die Placenta, sowie der Rumpf des Kindes, war in die Bauchhöhle ausgetreten. Durch die Risswunde hindurch verband der Hals den Körper des Kindes mit dem in der Gebärmutterhöhle gebliebenen Kopfe. Dieser war ein Hindernis für vollständige Contraktion und bildete einen neuen Reiz. Der Kopf wurde tiefer gedrängt und die Muttermundsränder zogen sich über ihm zurück. Extraction des ganzen Kindes. Auf eine Laparotomie musste des Zustandes der Patientin wegen verzichtet werden. Tamponade.

Sehr auffällig war, dass sich bei der Autopsie keinerlei Adhæsionen von Netz oder Darmschlingen, untereinander oder mit dem Uterus, vorfanden.

Was den *zweiten Fall* anbetrifft, so verhielt sich derselbe in seinen Antecedenzien ähnlich wie der Erstbeschriebene. Glücklicherweise hatte sich die Placenta nicht im Bereiche der Narbe inseriert. Es fand sich in der Uteruswand, an Stelle der früheren rechten Adnexe, eine *stark verdünnte, vorgewölbte Stelle.* Geburt in unvollkommener Fusslage. Wochenbett normal.

Prophylaktisch sollte bei jeder Operation, die den Uteruskörper selber verletzt (Excision der Tubenecken, Enucleation von Fibromen etc.) auf eine exakte Vereinigung der Muskulatur durch versenkte Catgutnähte, womöglich in mehreren Etagen, Wert gelegt werden. Das Peritoneum ist nach Lembert zu vereinigen und Blutungen exakt zu stillen, um Adhæsionen zu vermeiden.

Eine so operierte Frau sollte sich jedenfalls in einer späteren Gravidität wieder vorstellen und event. unter Kontrolle bleiben. Sollte aber eine

Ueberwachung unmöglich sein, so sollte der künstliche Abort, resp. die künstliche Frühgeburt eingeleitet oder am Ende der Gravidität der Kaiserschnitt vorgenommen event. die im Gange befindliche Geburt durch Perforation beendet werden, wenn sie sich länger hinzieht. Eine Excision der Narbe und breitere Vereinigung der so geschaffenen neuen Wundfläche müsste für ausnahmsweise günstige Fälle reserviert bleiben.

Dr. Gelpke, Liestal *:

Zur Frage der chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 15, pag. 489, 1904.)

Edebohls gebührt das Verdienst, die einmal gefasste Idee der chirurgischen Behandlung energisch und konsequent verfolgt und ausgebaut zu haben.

Gelpke hatte bereits im Oktober 1901, anlässlich einer Talma'schen Operation, den Entschluss gefasst, in ähnlicher Weise die chronisch entzündete Niere operativ anzugreifen. Das neue Verfahren sollte die Kapsel der Niere entfernen und der kranken Niere neue Gefässe im Bereich der ganzen Oberfläche zuführen und zwar sollte, da die Fettkapsel in Anbetracht ihres Gefässmangels dazu ungeeignet schien, entweder die Rückenmuskulatur zur Anheftung oder womöglich des Peritoneum benützt werden.

Wenige Monate nach dem Termin der oben erwähnten Talma-Operation führte Gelpke bei einer entzündlich veränderten Niere (die Diagnose war vorher, äusserst heftiger rechtsseitiger Nierenschmerzen wegen, auf Carcinom gestellt worden) die geplante Kapselspaltung aus. Der Eingriff wurde ohne alle Störung ertragen und hörten die Schmerzen auf.

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 251 : *Edebohls-Beuttner :* « Die Heilung der chronischen Nierenentzündung durch operative Behandlung » und

Gyn. Helvet. IV, p. 281 : *Edebohls-Beuttner :* « Die Heilung der chronischen Nierenentzündung vermittelst der Nieren-Decapsulation ».

Siehe *diesen Jahrgang*, Ausländische Litteratur : *Edebohls :* « The Surgical Treatment of Brigth's Disease » und

diesen Jahrgang, Mitteil. aus ärztl. Gesellschaften : *Dr. Wildbolz :* « Experimentelles über Nieren-Decapsulation ».

Es scheint übrigens SAHLI in Bern der Erste gewesen zu sein, der auf den Gedanken der operativen Behandlung der chronischen Nierenentzündung gekommen war; die betreffende Operation wurde von KOCHER ausgeführt, allerdings ohne Erfolg.

GELPKE geht des Weiteren auf die EDEBOHL'schen Publikationen ein.

Dr. HÄBERLIN, Zürich:

Die ideopathische akute Pyelitis bei Schwangeren.*

(Münchener medizinische Wochenschrift, Nr. 5, 1904.)

Ueber diese Affektion steht in den Lehrbüchern der Geburtshülfe gar nichts und doch kann das Krankheitsbild ein sehr beunruhigendes werden. HÄBERLIN teilt deshalb einen selbsterlebten Fall detailliert mit und bespricht dann die *Aetiologie:* Druck des schwangeren Uterus auf die Ureteren (Fall HÄBERLIN); das Fehlen von vorausgehenden entzündlichen Erscheinungen im uropœtischen Apparate und das ziemlich plötzliche Verschwinden der Symptome, mit vollständiger Ausheilung, sprechen für eine vorübergehende, wohl in der Hauptsache mechanisch wirkende Ursache.

Symptomenkomplex: Hohes Fieber, heftige Lumbarschmerzen, Schüttelfröste, Blasenreizung, vermehrte, gelegentlich schmerzhafte Exurese und trüber Harn.

Diagnose: Ausschlaggebend ist der *Eiterbefund* im Urin. Die *Schmerzen* sind meist sehr intensiv und lokalisieren sich auf die Nieren- und Blasengegend, dann längs der Ureteren, sind daneben oft ausstrahlend.

Das *Fieber* kann sehr hoch steigen; besonders nach den Schüttelfrösten wird 40° oft überschritten.

* Den Leser, der sich um diese Frage interessiert, möchte ich auf die Verhandlungen des periodischen nationalen Congresses in Rouen, April 1904 *(Congrès national périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie, Rouen, Imprimerie Lecerf, 1904)* aufmerksam machen; dort findet er auf Seite 33 und folgende ein vorzügliches einleitendes Referat « *De la Pyélonéphrite dans ses rapports avec la Puerpéralité* » von *Prof. Dr. Legueu,* Chirurg am « Hospice de Bicêtre », Paris; dort findet sich auch die stattgehabte Diskussion.

Der Herausgeber der *Gyn. Helvet.* hat ebenfalls einen Fall beobachtet, der erst post partum diagnosticiert wurde und in Heilung überging.

Differentialdiagnose: In Betracht kämen andere akute Entzündungsprozesse (Para- und Perimetritis).

Prognose: Sie ist gut.

Therapie: Sie muss exspektativ sein; event. kann durch ein Pessar der kindliche Kopf in die Höhe geschoben werden; passende Bettlage; reichliche Flüssigkeitszufuhr; Verabreichung eines Desinficienz (Helmitol); Morphium; es wurde auch die Einleitung der künstlichen Frühgeburt empfohlen. Häberlin spricht sich dagegen aus und mit Recht.

Im ganzen hat Häberlin 8 hiehergehörige Fälle beobachtet.

Dr. O. Häberlin, Zürich:

Wann soll man bei Appendicitis operieren?

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 24, pag. 777, 1904.)

Häberlin möchte eine Kategorie von Blinddarmentzündungen vorführen, welche seines Erachtens noch nicht das verdiente Interesse erweckt haben und bei denen es sich, im Gegensatz zu den Frühoperationen oder Eingriffen à froid, um Präventivchirurgie handelt.

Es folgen 5 Beobachtungen, bei denen ohne vorausgegangene Attaquen die Resektion gemacht worden war. Obschon diese wenigen Fälle nicht genügen, um ein endgültiges Urteil über den chirurgischen Eingriff in diesem frühzeitigen, chronischen Stadium zu erlauben, geben sie doch den Anlass, die Frage aufzuwerfen: « *Ist die Operation überhaupt berechtigt?* » Die Gefahr der Operation ist jedenfalls nicht grösser als im freien Interval.

« *Ist der Eingriff überhaupt nötig?* » Die Diagnose als richtig vorausgesetzt, möchte Häberlin diese Frage bestimmt bejahen; er bezieht sich nicht nur auf die wenigen mitgeteilten Beobachtungen, sondern auf eine grosse Anzahl von akuten Blinddarmentzündungen, bei denen die Anamnese über die Zeit vor dem akuten Anfall ausgedehnt worden war. Aus den operierten Fällen konnte Häberlin den Schluss ziehen, dass die Diagnose jedesmal stimmte, dass also in jenen Fällen, wo eine Verdickung durch die Palpation positiv nachgewiesen werden konnte, auch Zeichen einer chronischen Entzündung vorlagen. Es liegt sehr nahe anzunehmen, dass dieser positive Nachweis nur bei ziemlich stark verändertem W. F.

gelingt, dass also nicht zu befürchten ist, dass die Operation einmal unnötigerweise vorgenommen werde.

Die weitere Erfahrung wird die nötige Sicherheit in der Diagnostik ausbilden.

Zu den *akuten Fällen* und zu dem Verhalten der Chirurgen übergehend, fragt es sich: « *Welche Fälle sind zu operieren, welche nicht?* »

v. Bügner hat durch eine klare, auf pathologisch-anatomischer Basis ruhende Einteilung der verschiedenen Formen und Grade (Arch. f. klin. Chirurgie, 74. Bd., 3. Heft) zur späteren Abklärung dieser Frage beigetragen. Er unterscheidet:

1. *Die einfache Epi- und Perityphlitis:* Die Entzündung bleibt auf die Wand des W. F. oder auf die nächste Umgebung beschränkt, daselbst zu Adhæsionen oder zu einem lokalisierten serösen — oder serofibrinösen Exsudat führend.

2. *Die eitrige Epityphlitis,* kompliziert mit
   a) lokalisierter, eitriger Perityphlitis (intraperitoneale Abscessbildung);
   b) Paratyphlitis (extraperitonealer Abscess).

3. *Die diffusen peritonealen Prozesse,* mit konsecutiver Sepsis oder Pyæmie.

Nun sind so ziemlich alle Chirurgen darin einig, dass man sofort operieren soll, in der zweiten und dritten Gruppe, wo und sobald also die Entzündung über den Proc. verm. hinausgeschritten ist und zu eitrigem, mehr oder weniger ausgedehntem Exsudat geführt hat.

Bei Gruppe 1, bei der *Epityphlitis simplex* gehen hingegen die Meinungen auseinander. Während nämlich ein Teil prinzipiell sofort eingreift, finden andere das Zuwarten gerechtfertigt, weil ungefährlicher und bessere Resultate versprechend.

Von den 14 von Häberlin in den Jahren 1903 bis Oktober 1904 ausgeführten Operationen gehören 7 Fälle zur dritten, 3 zur zweiten und 4 zur ersten Gruppe.

Schlimme Erfahrungen der *dritten Gruppe* haben Häberlin dazu geführt, womöglich immer den erkrankten W. F. mitzuentfernen. In letzter Zeit hat besonders Moszkowicz den Standpunkt vertreten, dass der W. F. um jeden Preis entfernt werden sollte und dass Adhæsionen dabei nicht zu schonen seien. Die Vorteile dieses radikalen Vorgehens sind klar; mit der Entfernung des Proc. verm. wird die primäre aktive Infektionsquelle ausgeschaltet, die Zerreissung von Adhæsionen eröffnet manchen abge-

kapselten Eiterherd, der sonst unerkannt und uneröffnet geblieben wäre. Die günstigen Resultate jener Operateure, welche immer radikaler vorgehen, scheinen für die Ueberlegenheit dieser Methode zu sprechen, wobei ja immerhin Ausnahmen bestehen mögen, bei welchen zweizeitige Operation angezeigt ist.

Die Resultate der *zweiten Gruppe* sind erfreuliche; in relativ kurzer Zeit konnten alle Patienten geheilt entlassen werden.

Die *erste Gruppe* leichter akuter Anfälle bildet zurzeit hauptsächlich den Gegenstand verschiedener Anschauungen. Die einen verhalten sich konservativ und sind mit ihren Resultaten zufrieden; auch Häberlin's 4 Patienten genasen, Dank, oder wie die Gegner vielleicht einwenden werden, trotz der Operation.

Relativ häufig findet man trotz leichten Symptomen auffallend schwere anatomische Veränderungen, so dass ein solcher Fall klinisch in die I. Gruppe, pathologisch-anatomisch in die II. Gruppe gehört.

Das nicht ungefährliche Zuwarten wäre nur dann berechtigt, wenn auf der andern Seite der frühzeitige Eingriff besondere Gefahren bieten würde, d. h. wenn der Eingriff die Prognose verschlechterte.

Zur Entscheidung dieser Frage kommen vom Häberlin'schen Material 7 Fälle (Gruppe I und II) in Betracht. Die Operation, welche ausnahmslos in der Entfernung der Appendix bestand, wurde viermal innert 24 Stunden, zweimal innert 30 Stunden und einmal am vierten Tage ausgeführt. Alle Patienten genasen glatt.

Die, von verschiedenen Autoren gewonnenen, zahlreichen Beobachtungen weisen unzweideutig darauf hin, dass in leichten und schweren Fällen die Prognose des operativen Eingriffes am ersten Tage sehr günstig ist, indem leichte Fälle ausnahmslos rasch ausheilen, schwere nur ausnahmsweise letal enden, dass die Prognose dann aber mit jedem Tag rapid schlechter wird. Wenn auch zugegeben wird, dass viele Anfälle unter interner Behandlung genesen und dass der erste Anfall ausnahmsweise auch der letzte sein kann, so bietet de facto der operative Eingriff am ersten oder spätestens am zweiten Tage doch die grösste Chance. Die schweren Anfälle müssen unbedingt sofort operiert werden, bei den leichten verhütet der frühere Eingriff spätere unberechenbare Verschlimmerungen und tritt an Stelle der annähernd gleich gefährlichen Operation à froid.

Prof. Dr. Otto von Herff, Basel:

Vaginale oder abdominale Totalexstirpation bei Uteruscarcinom?

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 2, pag. 33 und Nr. 3, pag. 79, 1904.)

v. Herff ist von jeher ein warmer Anhänger der tiefen Scheidendammeinschnitte nach *Schuchardt* gewesen; man kann damit erkrankte Uterusligamente in weitester Ausdehnung ausschneiden und Fälle noch operieren, die sonst von der Scheide aus technisch nicht angreifbar gewesen wären (Blasenresektionen, Auslösung der Douglas'schen Falten bis zum Perioste des Kreuzbeines und der Lig. cardinalia bis zur Beckenwand, Ureteren-Einnähen in die Blase).

v. Herff ist des Weiteren entschiedener Anhänger der sogenannten *palliativen Totalexstirpation*, um die grässlichen Leiden solcher Kranken zu mildern.

Die Schuchardt'sche Methode ist nicht frei von wesentlichen Nachteilen: Der Ureter lässt sich selten von der Scheide her aus Krebswucherungen, gar nicht aus festen Bindegewebsschwielen oder Schwarten ausschälen; in gewissen Fällen ist es unmöglich die Krebsdrüsen zu entfernen. Interessieren muss uns vom praktischen Standpunkt aus wesentlich die Lösung folgender Fragen: « *Wie verhalten sich die Drüsenerkrankungen bei jenen Carcinomen, die bei vaginaler Operation sicher günstige Aussichten auf Dauerheilung geben? Gewährt deren abdominale Entfernung eine solche wesentliche Besserung der Ergebnisse, dass selbst die ausgedehnte Schuchardt'sche Operation zu Gunsten der abdominalen verlassen werden muss* »?

Nach Kenntnisnahme der Häufigkeit der Drüsenerkrankung (Winter, Jonnesko, Freund, P. Müller, Zweifel, Kleinhans und Wertheim), müsste am grünen Tisch die vaginale Totalexstirpation unzweifelhaft verworfen werden. Aber in der Praxis sieht es doch etwas anders aus. Einmal kann nicht bestritten werden, dass die in Frage kommenden Operationsmethoden im wesentlichen nur die klinisch krebsverdächtigen Drüsen entfernen wollen; da oder dort wird eine bereits erkrankte, als solche nur durch das Mikroskop nachweisbare Drüse übersehen worden sein etc. Der angeblich radikale Charakter der abdominalen Operationen wird demnach tatsächlich sehr oft, wenn nicht regelmässig, nur ein scheinbarer sein und Drüsenrezidive werden nicht ausbleiben, die die

Wage zu Gunsten der vaginalen Methode sinken lassen werden. Da trotz alledem aber sicherlich vereinzelte Fälle mit Drüsencarcinom gerettet werden können, so muss zugegeben werden, dass nicht nur theoretisch, sondern auch vom Standpunkt der Praxis aus die Unmöglichkeit der Drüsenausräumung bei der SCHUCHARDT'schen Methode an sich ein recht grosser, sehr schwerwiegender Nachteil ist.

Diesem Nachteil gegenüber fallen die nicht selten recht erheblichen Beschwerden und Schmerzen, die während der Heilung der Hilfsschnitte SCHUCHARDT's auftreten, nicht allzusehr ins Gewicht; dagegen ist die Infektionsgefahr der grossen Bindegewebswunden nicht unbeträchtlich. Zweifellos wird die SCHUCHARDT'sche Operation, gegenüber der einfachen vaginalen Operation, wohl stets eine ein wenig höhere Sterblichkeit bei gleichwertigen Fällen darbieten, dafür aber den nicht zu unterschätzenden Vorteil gewähren, ausgedehntere Abschnitte des Beckenzellgewebes entfernen zu können und damit die Sicherheit der Dauerheilung erhöhen.

Wenn man vaginal vorgeht, so soll man im allgemeinen daher nach Schuchardt operieren, um die Zahl der Lokalrezidive möglichst zu verringern.

Bei der Wahl zwischen vaginaler und abdominaler Operation legt v. HERFF nur sehr wenig Wert auf die Möglichkeit der Ausdehnung der Operationsanzeigen.

v. HERFF* hat mit seiner abdominalen Methode bei weit vorgeschrittenen Fällen trübe Erfahrungen gemacht; er erachtet es als eine der vornehmsten Pflichten des Hausarztes, die Patientinnen möglichst frühzeitig zur Operation zu senden;** denn *Frühoperationen werden die Gesamtheilung in ganz anderer Weise erhöhen, als irgend eine noch so geistreiche Verbesserung irgend einer Operation.*

Im Interesse der der Basler Klinik anvertrauten Kranken hält es v. HERFF für besser, alle diese weitgehenden Operationen (extraperitoneale Radikaloperationen) so lange zurückzustellen, bis von anderer Seite der volle Beweis ihrer Ueberlegenheit durch niedrige Sterblichkeit und hohe Dauerheilung erbracht ist. Da die Berechtigung der abdominalen Operationen aber ausser Frage steht, da sie eine grössere Sicherung der Ureteren gewährleistet, die Möglichkeit klinisch nachweisbar erkrankte Drüsen auszurotten bietet und die Entfernung des Beckenbindegewebes

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 20: *Prof. v. Herff:* « Zur Drüsenausräumung bei Carcinoma uteri ».

** Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 336: *Prof. G. Winter:* « Die Bekämpfung des Uteruskrebses ».

um den Uterus und Scheide herum erleichtert, so hat v. Herff anderen Methoden sich zugewendet (Kelly, Clark), die ohne riesige Wunden diese Ziele verfolgen lassen:

« Ich beginne den Eingriff mit einem Medianschnitte, nötigenfalls durchtrenne ich einen oder beide Recti mit ihren Fascien subkutan in der Nähe ihrer Ansatzstellen an der Schamfuge. Diese Hilfsschnitte erscheinen mir jetzt nicht mehr notwendig, da der Doyen'sche « Ecarteur abdominal » an Freilegung des Operationsfeldes bei bequemer Anwendung alles leistet, was man wünschen kann.

Sicherung der beiden Art. ovaricæ, dicht am Abgang der Plica ovario-pelvica am Beckenrande, mit Zwirn. der als Zügel weiterhin dient. Versorgung der Ligamenta rotunda; Gesamtligatur oder Abklemmen der Adnexe dicht am Uterus, als Sicherung gegen rückläufige Blutung. Jetzt kann man in der Regel ohne jede Blutung die Lig. lata, entlang ihrer Basis, bis zur Seitenkante des Uteruskörpers, frei durchtrennen. Die beiden Platten des Ligamentstumpfes werden stumpf entfaltet, im Grunde der Wunde der Ureter freigelegt, die Art. hypogastrica aufgesucht, um die Art. uterina dich an ihrer Abzweigungsstelle zu unterbinden und zu durchtrennen. Die Ureteren werden darauf unter möglichster Schonung — keine Hackenpincetten — bis an ihre Einmündung in die Blase verfolgt, nötigenfalls aus Carcinommassen oder entzündlichen Schwielen und Narben ausgegraben, wobei grössere im Wege liegende Venenstämme zu sichern wären. Vorne und hinten querer Schnitt durch die Uterusserosa, Ablösen der Blase und der hintern Serosafläche bis weit abwärts, entlang der Scheide. Dabei werden die einzelnen Uterusbänder nacheinander aufgesucht und möglichst dicht an der Beckenwand durchtrennt und blutende Gefässe sofort versorgt. Ohne neue Einschnitte in das Beckenperitoneum hat man unter Emporheben und weiterer Entfaltung der Serosa das Becken auf erkrankte Drüsen, die sofort in der allgemein üblichen Weise entfernt werden, zu durchsuchen. *Ich lege das grösste Gewicht darauf, dass alles dies* vor *Auslösung des blutlosen Uterus, der nur noch mit der Scheide in Verbindung steht, geschieht.* Ist die Scheide einmal eröffnet, so ist man eher einer Infektion von hierher ausgesetzt, wenn man neben diesem eröffneten Kanal noch vieles auszuführen hat. Während und nach der Abtrennung der Scheide liegt die kritische Zeit des ganzen Eingriffes und diese Zeit muss daher auf das absolut notwendigste verkürzt werden. Um eine Infektion möglichst sicher zu vermeiden, ist für ausgiebigen Schutz der Bauchhöhle, namentlich aber der eröffneten

Bindegewebswunden, durch Stopftücher zu sorgen, die Wertheim'schen Knieklemmen, worauf ich ganz besonderen Wert lege, sind anzulegen. Die fusswärts gelegenen Wände der Scheide sichert man vor dem Zurückschlüpfen durch passend angelegte Hackenzangen. Jetzt erst wird dicht unterhalb der Klammern die Scheide rasch durchtrennt, die Schnittfläche des Scheidenstumpfes sofort gereinigt und in das mit den Hackenzangen entfaltete Scheidenrohr ein antiseptischer Gazetampon — ich bevorzuge Xeroformgaze, weil sie die Wundsekretion sehr beschränkt — eingeführt und die etwa blutenden Wundflächen rasch umstochen. Während aller dieser Eingriffe darf die Scheide nicht mit den Fingern berührt werden und sind die Instrumente zu wechseln oder abzuspülen. Wird hierbei mit gehöriger Vorsicht verfahren, so ist die Möglichkeit einer primären Infektion der Bauchhöhle oder des subserösen Raumes von der Scheide aus jedenfalls eine sehr geringe. Und in der Tat habe ich bei allen meinen Uterusexstirpationen, die ich in dieser Weise, sei es wegen Myom, Adnexentzündungen oder wegen Adnexcarcinomen, Uteruscarcinomen und Sarcomen ausgeführt habe, bis jetzt keine Peritonitis erlebt. Da ich alle Gefässe möglichst sofort und isoliert (mit Catgut) unterbinde, erfordert die Revision der Wunde auf etwaige Nachblutung nur geringe Zeit. Endgültige Tamponade der Scheide (der provisorische Tampon wird von einem Assistenten durch die Schamspalte entfernt) und der subserösen Wunde. Darüber fortlaufende Naht der Peritonealwundränder in dem bekannten hufeisenförmigen Verlauf, wie bei jeder Myomoperation. Ist man aus irgend einem Grunde der Asepsis nicht ganz sicher — Verletzung des Mastdarmes, gleichzeitige Komplikation mit eitrigen Adnextumoren, mit zerfallenden Drüsen u. s. w. — oder ist nicht genügend Peritoneum vorhanden, so muss die Beckenbauchhöhle nach der Scheide zu offen tamponiert werden.»

v. Herff erachtet einen vorherigen Abschluss der Bauchhöhle durch Serosa, wie Mackenrodt, Amann und er selbst ihn empfohlen haben, durchaus nicht mehr für notwendig. Nicht auf dem extraperitonealen Vorgehen beruht die Sicherheit gegen primäre Infektion, sondern auf der möglichsten Abkürzung der Zeit der Ablösung des Uterus von der Scheide, denn nur von hier aus droht eine Infektion.

Die Versorgung der Harnleiter ist bei dieser abdominalen Operation, je nach den Verhältnissen, ebenso leicht oder ebenso misslich, wie bei der ausgedehntesten Freilegung des Operationsfelder. Ureternekrosen sind eine unangenehme Beigabe dieser abdominalen Drüsenausräumungen

(zwei persönliche Beobachtungen). Bei ausgedehntem Carcinom sind Blasen- und Mastdarmverletzungen nicht zu vermeiden, auch Fistelbildungen mit tötlichem Ausgange, durch sekundäre Nekrose, kommen vor — aber solche Fälle soll man auch aus diesem Grunde in Zukunft nicht mehr abdominal operieren.

Die Frage nach der Möglichkeit und insbesondere nach dem Nutzen einer prinzipiellen Entfernung aller regionären Drüsen ist in praxi nicht ganz leicht zu beantworten. Ist die absolute Ausräumung der Beckendrüsen schon unmöglich, so sind die retroperitonealen Drüsen technisch nahezu unangreifbar und erkranken diese erfahrungsgemäss nicht allzu selten, mit oder ohne Ueberspringen der ersten regionären Drüsenetappen.

Gegenüber solch eingreifenden Operationen muss reiflich erwogen werden, dass, in einer *ersten Gruppe von Fällen, bei beginnendem Collumcarcinom,* namentlich bei dem Portiokrebs, Drüsenmetastasen nur selten vorkommen (v. Herff schätzt selbe auf 3—5 %), dass in etwas weiter vorgeschrittenen, aber noch günstigen Fällen diese auf rund 16 % zu berechnen sind.

In 5/6 aller günstigen Fälle ist daher eine Drüsenausräumung unnötig.

Die Entscheidung der Frage, ob abdominal oder vaginal zu operieren sei, wird gegenwärtig ganz besonders noch dadurch erschwert, dass niemand zur Zeit die Höhe der Dauerheilungen der modernen abdominalen Krebsausrottungen des Uterus kennt.

Um zu einem vorläufigen, möglichst wahrscheinlichen Urteil zu kommen, muss man nach v. Herff die anatomisch günstigen Fälle, bei denen nach dem Tastbefund die Neubildung die Uterusgrenzen nach keiner Seite hin überschritten hat, von jenen trennen, in denen die benachbarten Gewebe des Organes klinisch nicht mehr frei zu sein scheinen oder tatsächlich von der Entartung ergriffen worden sind. Die ganz schlechten Fälle hat man als aussichtslos bei jedem Operationsverfahren bei Seite zu lassen. Die Operationssterblichkeit der vaginalen Totalexstirpation günstiger Fälle dürfte mit 3 % hoch eingeschätzt sein. Die Dauerheilungen beginnender und günstiger Fälle wird nach allgemeiner Erfahrung jetzt jedenfalls 35 %, mit Hilfe der Schuchardt'schen Schnitte nicht unter 40 % betragen.

Die durchschnittliche Sterblichkeit der beschränkten abdominalen Operationen kann man zur Zeit auf etwa 12 % berechnen.

v. Herff glaubt, dass man das Interesse der Kranken gegenwärtig am besten wahrt, wenn man *günstige Fälle,* besonders beginnende Portiocar-

cinome, möglichst nach Schuchardt operiert oder diese abdominal mit beschränkter Drüsensuche vielleicht nur dann angreift, wenn die Angehörigen nach offener Darlegung der Sachlage sich für diese Methode aussprechen.

Ganz anders liegen vielleicht die Verhältnisse bei der *zweiten Gruppe der weiter vorgeschrittenen Fälle,* insbesondere bei den *Collumcarcinomen mit beschränktem Ergriffensein des Beckenbindegewebes* oder der Scheide. Hier könnten die Vorteile der abdominalen Operation, insbesondere die Möglichkeit einer weiten Ausräumung des Beckenzellgewebes und der Entfernung der erkrankten Drüsen (die wenigstens in rund 45 % der Fälle zu erwarten sind), der bequemeren Freilegung gefährdeter Ureteren gelegentlich so sehr sich geltend machen, dass trotz einer höheren Sterblichkeit, vielleicht 12 % und mehr, ein grösserer Prozentsatz Dauerheilung möglicherweise erwartet werden kann. Die Fälle dieser Gruppe wären also schon eher prinzipiell abdominal zu operieren, da bei diesen so sehr gefährdeten Kranken höhere Gefahren keine wesentliche Rolle spielen können.

Die letzte Gruppe der Fälle, die der schlechten, *weit vorgeschrittenen Collumcarcinome,* wird am besten nach wie vor im allgemeinen in palliativer Weise zu behandeln sein.

Sollten die Ergebnisse der zweiten Gruppe von Fällen wider Erwarten günstig ausfallen, dann wäre erst die Zeit gekommen, die abdominale Operation auch auf die erste Gruppe, ja selbst auf die der dritten prinzipiell auszudehnen.

Beginnende Corpuscarcinome kann man vaginal operieren. v. Herff zieht, wie bei den vorgeschrittenen Formen, die abdominale Hysterectomie vor, um die Plica ovariopelvica, mit den darin verlaufenden Lymphgefässen, möglichst proximal entfernen zu können. v. Herff lebt gegenwärtig der Ueberzeugung, dass man nach diesen Maximen zur Zeit mehr leisten wird, als durch prinzipielles abdominales Operieren aller Uteruscarcinome.

« *Jedenfalls sei zum Schlusse noch einmal betont, dass die eigentliche Zukunft der chirurgischen Behandlung des Uteruskrebses nicht so sehr in möglichst ausgedehnten Operationen liegt, als in Eingriffen, die möglichst im Anfangsstadium der Neubildung ausgeführt werden. Die Besserung der Gesamtheilung liegt demnach nur in beschränkter Weise in den Händen der Operateure, diese werden schon wie bisher das ihrige beitragen. Sie ruht vielmehr und in erster Linie in den Händen der Hausärzte* ».

Prof. Dr. O. von Herff, Basel:

Giebt es sichere Zeichen der Schwangerschaft in den ersten Monaten?

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 21, pag. 681, 1904.)

Die Erfahrungen v. Herff's stützen sich auf 3000 und mehr Schwangerschaftsdiagnosen.

Kindsbewegungen kann man zweifellos schon vor der 16. Schwangerschaftswoche nachweisen, nicht aber bei jedem Falle und nicht bei jeder Untersuchung. Erleichtert wird ihre Auffindung, wenn man den Uterus nachdrücklich abtastet, um die Frucht in Bewegung zu setzen und wenn man sich gehörig Zeit bei der Untersuchung nimmt. Man fühlt dann entweder einen raschen, sanften Stoss gegen das Ohr oder man hört deutlich ein sanftes, leichtes Reiben oder Schaben an der Uteruswand, das sehr rasch — und das ist höchst charakteristisch — wieder verschwindet. Gelegentlich findet man beide Erscheinungen miteinander vergesellschaftet. v. Herff hat häufig darauf eine Schwangerschaftsdiagnose mit voller Sicherheit stellen können und sich bis heute noch nie geirrt.

v. Herff's sehr zahlreiche Bemühungen, *Herztöne der Frucht vor* der Mitte der Schwangerschaft, etwa in der 16.—18. Woche oder noch früher, nachzuweisen, sind bisher durchweg gescheitert.

Für die Zeit der Schwangerschaft vor Hörbarwerden der Herztöne oder vor dem Nachweis der Kindesbewegungen besitzt man in der Tat sichere Zeichen dieses Zustandes, Zeichen, die noch für die spätere Zeit besonders wichtig werden können, weil sie von dem Nachweis des Lebens der Frucht nicht direkt abhängen.

Als solche *sichere Zeichen* hat v. Herff bei seinen Untersuchungen etwa folgende kennen und würdigen gelernt:

Das Ballottement, das untrüglich für Schwangerschaft spricht, wenn es *innerhalb der Gebärmutter* selbst erfolgt (Tumoren mit Ascites müssen ausgeschlossen werden).

Mit Ahlfeld stimmt v. Herff überein, wenn er als sichere Zeichen der Schwangerschaft anführt: *Kräftige, ausgesprochene Zusammenziehungen des ganzen Uteruskörpers und regelmässiges Wachsen der Gebärmutter.*

Notwendig ist für letzteres Symptom eine lebende Frucht, denn bei toter Frucht wächst die Gebärmutter nicht, sondern verkleinert sich eher (ein wertvolles Zeichen für den Tod des Eies). Rascheres Wachsen, als

es für die Zeit zu erwarten ist, deutet auf akutes Hydramnion oder Blasenmole hin.

Am wenigsten sicher zu verwerten ist die bekannte Verfärbung des Scheideeinganges und der Scheide. Wenn aber die *Verfärbung* sehr ausgesprochen, *tief blau* oder *violett-purpurn* ist, wenn sie fleckig und gut ausgebildet auftritt, zumeist in Streifen, entlang den Vertiefungen zwischen den Falten der Haut, besonders auf dem Harnröhrenwulst, dann ist diese Erscheinung ein Zeichen, das mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit für Schwangerschaft spricht.

v. Herff hat bei 30,000 Frauen diese Flecken nur ein einziges Mal ausserhalb der Schwangerschaft und zwar jenseits der Wechseljahre gesehen.

Prof. Dr. Krönlein, Zürich:

Ueber Nierentuberkulose und die Resultate ihrer operativen Behandlung.

(Archiv für klin. Chirurgie, Bd. 73, Heft 2.)

Die Erfahrungen über Nierentuberkulose, welche Krönlein bis Ende 1904 am Krankenbette und am Operationstische zu machen Gelegenheit hatte, umfassen im Ganzen 51 Fälle, d. h. 29,8 % der zur Beobachtung gekommenen Nierenkrankheiten.

Geschlecht.

Männliche Kranke	13 (25,5 %)
Weibliche »	38 (74,5 %)
	51 Fälle

Alter.

17.—20.	Lebensjahr	7
21.—30.	»	23 (45,0 %)
31.—40.	»	14 (27,4 %)
41.—50.	»	6
51.—60.	»	1
		51 Fälle

Körperseite.

Rechte Niere	24 (47 %)
Linke »	23 (45 %)
Beide Nieren	4 (8 %)
	51 Fälle

Krönlein macht speziell auf das ausserordentliche *Prävalieren des weiblichen Geschlechts* bei der Nierentuberkulose (74 °/₀ gegenüber 26 °/₀) aufmerksam. Nach ihm sind es « *lokale Momente in der Niere* » und nicht eine allgemeine grössere Disposition des Gesamtorganismus für die tuberkulöse Infektion, die das häufigere Vorkommen der Nierentuberkulose beim Weibe bedingen.

Im Ganzen wurden 39 Patienten mit Nierentuberkulose einer operativen Behandlung unterworfen: 3 Mal *Eröffnung grosser perinephritischer Abscesse*, 2 *Nephrotomien* und 34 *Nephrektomieen.*

Krönlein kommt im weitern Verlauf seiner interessanten Arbeit ausschliesslich auf die Beobachtungen und Erfahrungen, welche er in den 34 Fällen von totaler Nephrektomie bei Nierentuberkulose gemacht, zu sprechen und resümiert zum Schlusse folgendermassen:

1. Kein Operierter ging unmittelbar nach der Operation unter Erscheinungen mangelhafter Funktion der restierenden Niere (Anurie, Uræmie) zu Grunde.

2. Von den 10 Todesfällen, die bis jetzt konstatiert wurden, konnten 9 seciert werden; nur in 2 Fällen, einmal 6 Wochen, das andere Mal 6 Jahre nach der Operation, fand sich die restierende Niere tuberkulös erkrankt; hier erfolgte der Tod jedesmal unter uræmischen Erscheinungen.

3. In den übrigen 7 secierten Fällen erwies sich die restierende Niere 6 Mal gesund; 1 Mal zeigte sie die Zeichen einer parenchymatösen (nicht tuberkulösen) Nephritis.

In einem Anhang werden die im Jahre 1904 festgestellten Endresultate von 24 zur Zeit noch lebenden, wegen Nierentuberkulose Nephrektomierten detailliert wiedergegeben.

Die reicheren Erfahrungen, die Krönlein heute zu Gebote stehen, unterstützen in nachdrücklicher Weise den von seinem früheren Assistenten Dr. M. O. Wyss* ausgesprochenen Satz:

« *Die Exstirpation der tuberkulös erkrankten Niere ist eine der erfolgreichsten Operationen.* »

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 84: *Dr. M. O. Wyss:* « Nierenchirurgie ».

Dr. Alfr. LABHARDT, Basel:

Ueber die Komplikation der Schwangerschaft mit Perityphlitis.*

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. von HERFF.

(Münchener mediz. Wochenschrift, Nr. 6, 1904.)

Zur Erweiterung unserer Kenntnisse der Beziehungen von Appendicitis zur Schwangerschaft und Wochenbett will LABHARDT zwei (respektive 3) einschlagende Fälle der Oeffentlichkeit übergeben:

I. Fall. Schon seit einigen Monaten verspürt Pat. zeitweise diffuse Schmerzen im Unterleib. Stuhl meist angehalten. Letzte Periode Mitte Februar 1903; seit März sind die eben erwähnten Schmerzen im Unterleib allmählich stärker geworden; am 26. Mai trat, angeblich unter Fieber, eine plötzliche Steigerung der Schmerzen im Unterleibe ein; zugleich begann eine geringe Blutung aus den Genitalien; am 27. Mai soll eine Fehlgeburt ausgestossen worden sein; von diesem Augenblicke an stand die Blutung beinahe vollständig. Die Schmerzen im ganzen Unterleib und das Fieber nahmen jedoch noch an Intensität zu, so dass Pat. am 29. v. Mts. ins Frauenspital eintrat.

T. 39,4. P. 120. In der Ileocœcalgegend eine auf Druck sehr empfindliche Resistenz von Faustgrösse. Fundus uteri zwei Querfinger über der Symphyse; minimaler Blutverlust aus den Genitalien. Uteruskörper gross. Cervicalkanal für den Finger nicht mehr vollständig durchgängig.

Diagnose: Perityphlitis nach Abort.

Therapie: Manuelle Ausräumung der Uterushöhle wegen putrider Zersetzung des Uterusinhaltes.

Am 9. Juni Eröffnung zweier Eiterherde, rechts und links im kleinen Becken. Proc. vermif. wurde nicht weiter aufgesucht. Am 10. Juni wegen Fluktuation im Douglas'schen Raume Eröffnung eines Abcesses mittelst des LANDAU'schen Instrumentes.

Von nun an sank die Temperatur langsam und Pat. erholte sich nach und nach. In der Rekonvalescenz machte sie noch zweimal eine Phlebitis durch, konnte dann aber am 3. Oktober definitiv geheilt entlassen werden.

Nach eingehender Besprechung aller in Betracht kommenden Faktoren ist LABHARDT der Ansicht, dass die Appendicitis den Abortus verursacht habe; dieser letztere kam sofort mit Beginn der Erkrankung in Gang. Das Krankheitsbild wurde durch die putride Zersetzung im Uterusinnern getrübt. Durch den intrauterinen Eingriff wurden wohl zarte Adhærenzen gelöst und so kam eine Verbreitung der Entzündung und Eiterung zu Stande (bis zur linken Unterbauchgegend).

* Siehe *Gyn. Helvet.* I. p. 35: *Dr. R. König:* « Appendicitis und Geburtshilfe ».

II. Fall. Letzte Periode am 2. Sept. 1902. Während der Schwangerschaft fühlte Pat. zeitweise Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend; am 3. Juni normale Geburt. (Temperatur beim Eintritt in den Kreissaal 37,8, nach der Geburt 38.) Am 2. Tage des Wochenbettes hatte Pat. Morgens 38,4, Abends 39,5; aber erst am 6. Juni wurde ausgesprochene Druckempfindlichkeit der Ileocœcalgegend mit einer diffusen aber deutlichen Resistenz konstatiert; die rechtseitigen Adnexe, das rechtseitige Beckenzellgewebe und das Beckenbauchfell ohne jegliche Veränderung. Ordination: Eisblase, Diät, Morphium.

In den nächsten Tagen nahm die Temperatur ab und auch die Druckempfindlichkeit verschwand nach und nach. Das Krankheitsbild der Appendicitis wurde später durch eine hinzutretende Phlebitis verwischt und am 15. Juni trat eine Lungenembolie der linken Seite auf. Die Druckempfindlichkeit und Resistenz in der Ileocœcalgegend waren nach ca. 3 Wochen vollständig verschwunden. Am 13. August konnte Pat. völlig geheilt entlassen werden.

Hier handelt es sich um einen appendicitischen Anfall, der durch die Geburt, d. h. durch die Veränderungen in Gestalt und Grösse des Uterus provoziert wurde oder auch durch die Bauchpresse.

Im Anschluss an diese beiden Fälle verbreitet sich Labhardt noch über *Diagnose, Prognose* und *Therapie der mit Schwangerschaft komplizierten Perityphlitis;* er will dabei aber nur einzelne Momente hervorheben:

Bei der *Appendicitis simplex* (Entzündung auf den Appendix selbst beschränkt) wird man bis zirka zum 5. Monat der Gravidität, sowie nach der Geburt, den Processus ebenso abtasten können, wie ausserhalb des puerperalen Zustandes; in der zweiten Hälfte der Gravidität dagegen wird ein solches direktes Abtasten des Wurmfortsatzes kaum mehr möglich sein.

Man muss sich hüten, allzugrossen Wert auf den *Mac Burney*'schen Punkt zu legen.

Ein weniger wichtiges « pathognomonisches Zeichen » als das Fühlen des verdickten Processus ist die sog. « défense musculaire » der Franzosen, eine Kontraktion der Muskeln der Bauchdecken an der Stelle der Entzündung, bei der palpatorischen Untersuchung. (Kommt auch bei Erkrankung der Adnexe etc. vor).

Wir haben also von objektiven Zeichen bei A. simplex in der ersten Hälfte der Schwangerschaft und im Wochenbett das Fühlen der verdickten Appendix in der Ileocœcalgegend; in der zweiten Hälfte der Gravidität sind wir auf Anamnese, Symptome und subjektive Erscheinungen angewiesen.

Relativ leichter ist die Diagnose bei Exsudatbildung auch für die vorgerücktere Zeit der Gravidität.

Nach Besprechung der *Differentialdiagnose* und *-Prognose* (die Aussichten hängen im einzelnen Falle lediglich von der Form der Erkrankung ab) bespricht LABHARDT die *Therapie:*

Dass bei deutlicher Abscessbildung ein operativer Eingriff indiziert ist, versteht sich von selbst. Bleibt bei einfacher Blinddarmentzündung die Temperatur und namentlich der Puls nieder, so kann man abwarten, in jedem andern Fall soll eine operative Therapie in Frage kommen.

Treffen Geburt und schwerste Erscheinungen der Appendicitis zusammen, so soll man, wenn immer möglich, den aseptischen Prozess, die Geburt, vollständig beendigen und erst dann die Appendicitis in Angriff nehmen.

Bei event. Zusammentreffen eines *Douglas-Abscesses* mit Schwangerschaft oder Geburt möchte LABHARDT die prinzipielle Eröffnung vom Rektum aus empfehlen.

Die Behandlung der erst im Wochenbett entstandenen Perityphlitis fällt mit den allgemein ausserhalb der Gravidität gültigen Prinzipien zusammen.

Nach Fertigstellung der vorliegenden Arbeit kam *ein weiterer Fall in der Basler Frauenklinik* zur Beobachtung, der deutlich die oft vorhandene Schwierigkeit der Diagnose der Perityphlitis während der Gravidität illustriert.

Prof. LANZ, Amsterdam und Prof. TAVEL, Bern:

Die Bakteriologie der Appendicitis.
Bactériologie de l'Appendicite.

(Revue de Chirurgie, N° 7, 1904, Félix Alcan, Paris.)

In vorliegenden Studien wollten die beiden Autoren vor allem untersuchen, welche Microorganismen sich in normalen und krankhaft veränderten Appendices vorfinden; von diesen wurde daher eine möglichst grosse Anzahl gesammelt und eingehend bakteriologisch untersucht.

Die Schlussfolgerungen lauten folgendermassen:

Der normale proc. verm. ist nie steril, er enthält im Gegenteil gewöhnlich verschiedene Microbenarten; in einem einzigen Falle wurde der Colibacillus allein vorgefunden; dieser letztere ist stets anwesend.

Der krankhaft veränderte proc. verm. (es handelt sich im allgemeinen

um à froid resecierte Appendices) ist in 10 von 100 Fällen steril. Man findet in qualitativer Hinsicht die gleiche Microbenflora, wie beim normalen Appendix. Je mehr der W. F. pathologisch verändert ist, desto geringer ist die Zahl der Microbenarten.

Die Appendix-Kyste bildet ein Uebergangsstadium zwischen pathologischem W. F. und extra-appendiculärem, kaltem Abscess. Sie ist in 37,5 von 100 Fällen steril und enthält gewöhnlich eine beschränkte Anzahl von Mikrobenarten.

Der abgelaufene extra-appendiculäre Abscess ist in 75 von 100 Fällen steril; im andern Falle enthält er wenig Microbenarten.

Der akute extra-appendiculäre Abscess (der perityphlitische Abscess) ist nie steril und enthält gewöhnlich eine ziemlich grosse Zahl von Arten; die vorgefundene Flora ist diejenige des W. F. und der Därme im allgemeinen.

Diese Resultate werden einiges Staunen erregen und werden diejenigen in Verlegenheit bringen, die überall nur Microben-Vorgänge sehen wollen.

In Wirklichkeit sind die vorgefundenen bakteriologischen Befunde in genauer Uebereinstimmung mit der Pathologie der Entzündung.

Der normale W. F. sollte die gleiche Microbenflora aufweisen, wie der Dickdarm und das ist in der Tat auch der Fall; er ist daher nie steril.

Der krankhaft veränderte W. F. dagegen weist in der von ihm sekretierten Flüssigkeit viele Leucocyten auf und man konstatiert eine aktive Phagocytose, die in einer ziemlich grossen Zahl von Fällen zur Sterilität des W. F. Inhaltes führt.

Ist die Entzündung des W. F. abgelaufen, dann sind die Leucocyten verschwunden und man findet wieder die Verhältnisse, wie sie beim normalen W. F. bestehen.

Die gleichen Bedingungen beobachtet man, nur in einem höheren Prozentsatz, bei der Appendix-Kyste und beim abgelaufenen extra-appendiculären Abscess. Der akute extra-appendiculäre Abscess, d. h. der akute perityphlitische Abscess, weist eine ziemlich variable Flora auf, die selbstverständlicherweise von derjenigen des W. F. und des Darmes abhängt und die gleiche ist wie bei Infektionen. die ihren Ausgangspunkt vom Darm oder von mit Darminhalt in Berührung gekommenen Geweben nimmt.

Doc. Dr. C. MEYER-WIRZ, Zürich:

Klinische Studie über Eklampsie.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Zürich:

Prof. Dr. Th. WYDER.

(Archiv für Gynækologie, Bd. 71, Heft 1.)

C. MEYER beginnt seine 120 Seiten starke Habilitationsschrift, der 117 Fälle zu Grunde liegen, mit:

I. *Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Untersuchungen:*

a) Nieren: Unter den *frischen,* wohl immer auf die Eklampsie zurückführenden *Befunden* finden sich beinahe alle die von SCHMORL, LUBARSCH, PILLET und Andern beschriebenen pathologisch-anatomischen Bilder. Fall 47 erbringt des weitern den *anatomischen Beweis, dass trotz des vollkommenen Fehlens der Albuminurie die Nieren doch ernstlich lädiert sein können.*

Bezüglich *der Ureteren* wird derselben in 23 Fällen in den Protokollen keiner Erwähnung getan; 7 mal ist besonders bemerkt, dass dieselben nicht erweitert waren und nur bei 4 Fällen findet man auf Harnstauung zurückzuführende Veränderungen beschrieben.

b) Die Leber erwies sich bei den Obductionen *makroskopisch nur 2 mal annähernd normal. Mikroskopisch* fand man fettige Metamorphose der Leberzellen, kleinere oder grössere Blutextravasate, Erweiterung der Kapillaren, mehr oder weniger ausgedehnte hyaline oder Blutplättchenthrombosen in den Lebervenen oder Pfortaderästen etc.

c) Auffallend häufig sind die *pathologischen Herzbefunde:* Epicardiale und endocardiale Blutungen, degenerative Veränderungen der Muskulatur.

d) In den *Lungen* wurden hæmorrhagische Infarcte gefunden, ausserdem zum Teil erweichte Thromben in Pulmonalarterienästen, weiter Fettembolie, subpleurale und bronchiale Blutungen etc.

e) Das *Gehirn* bot in 21 Fällen einen pathologischen Befund: Oedem der Pia oder der Gehirnsubstanz, Hydrops eines oder mehrerer Hirnventrikel, Hämorrhagien der Pia oder Dura etc.

f) Von den Sektionsergebnissen der *übrigen Organe* seien erwähnt: Blutung in den *Magen* oder in die Schleimhaut des *Darms,* Thrombose der *Vena cava* et iliaca, Verstopfung der *Venæ spermaticæ;* in der *Placenta* wurden derbe, weisse oder gelbliche Knoten vorgefunden.

Was schliesslich die *Befunde der Eklampsiekinder* betrifft, so ist das Wyder'sche Material in dieser Hinsicht nicht sehr gross.

Die von C. Meyer *zusammengestellten pathologisch-anatomischen Befunde bestätigen im allgemeinen den von* Lubarsch *geäusserten Satz: « Es ist ein charakteristisches pathologisch-anatomisches Bild der Eklampsie festgestellt, das, wie der erfahrenste Forscher auf diesen Gebieten, Schmorl, sich ausdrückt, durch eine Summe, ein Complex von Organveränderungen repräsentiert wird, welcher sich aus Nierenveränderungen, aus anämischen und hæmorrhagischen Lebernekrosen, aus Blutungen und Erweichungen im Gehirn und im Herzen, sowie multipler Thrombenbildung zusammensetzt.* »

(Folgt noch ein interessanter *Fall von Eklampsie ohne Krämpfe,* mit genauer mikroskopischer Beschreibung der vorgefundenen Organveränderungen.)

II. *Aetiologie:*

Aus neuern Forschungen geht mit Sicherheit hervor, *dass die Verbreitung der Eklampsie nicht überall eine gleichmässige ist,* ja dass gewisse Gegenden sich einer gewissen relativen Immunität gegenüber dieser Erkrankung erfreuen. Welche ursächlichen Momente da mitspielen, entzieht sich bis jetzt unserer Kenntnis.

Was das Auftreten der Eklampsie *in den einzelnen Jahreszeiten* betrifft, so ergibt eine Zusammenstellung der C. Meyer'schen Fälle *eine ziemlich gleichmässige Verteilung während des ganzen Jahres.* Auch eine Zusammenfassung der Eklampsie-Todesfälle der letzten 30 Jahre im Kanton Zürich lässt keine besondere Bevorzugung einzelner Jahreszeiten erkennen.

Um die *Beziehungen zwischen Witterung und Eklampsieanfall* zu studieren, hat *C. Meyer* die offiziellen Listen der schweizerischen meteorologischen Centralanstalt bezüglich mittlerer Tagestemperatur und Barometerstände, sowie bezüglich der Witterungsverhältnisse der 3 Tage, welche dem Krankheitsausbruch vorausgingen. zusammengestellt; es konnte aber daraus *keinerlei sichere Anhaltspunkte gewonnen werden, aus welchen ein Einfluss der Witterung auf die Entstehung der Eklampsie hervorgehen würde.*

Meyer geht im weiteren Verlaufe seiner Arbeit auf das *Verhältnis der Erst- zu den Mehrgebärenden,* auf die *mehrfachen Geburten* und auf die *Häufigkeit der Erkrankung in der Schwangerschaft und unter der Geburt* ein.

III. *Pathogenese:*

Die grosse Mehrzahl der Autoren fasst *die Eklampsie als eine Autointoxication des mütterlichen Organismus mit einer im Blut zirkulierenden Substanz auf,* welche durch direkte Schädigung der Nervenzentren oder durch vasomotorische Einflüsse die Krampfanfälle auslöst.

Für eine *Vergiftung* sprechen vor Allem die anatomischen Befunde; aber über *die Art des Giftes und seine Provenienz* ist man bis zur Stunde noch keineswegs abgeklärt. Die übereinstimmend negativen Ergebnisse der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes weisen darauf hin, *dass die toxische, im Blut kreisende Substanz jedenfalls nicht der Harnstoffreihe angehören kann, sondern eine Zusammensetzung haben muss, die sich nicht durch Erhöhuug der osmotischen Druckverhältnisse anzeigt, dass es sich also um einen Stoff handeln muss, der eine hochatomige, gross-moleculäre Zusammensetzung hat*. Schmorl* hat schon aus den pathologisch-anatomischen Untersuchungen (Thrombosen) geschlossen, dass eine *Gerinnung erregende Substanz* im Blute der Eklamptischen diese Vorgänge bedingen könnte. Durch eine Reihe von Untersuchungen der neuesten Zeit ist nun in der Tat die *Erhöhung des Fibrinprozentsatzes im mütterlichen Blut* festgestellt worden; doch sofort tritt uns die weitere *Frage nach dem Ursprung und dem Grund dieser Vermehrung des Fibrins* im Blute entgegen: Uebergang fœtaler Stoffwechselprodukte in das mütterliche Blut? *(Kollmann, Fehling u. A.)*

Als *prædisponierende Momente* kämen in Betracht, *Erkrankung oder funktionelle Störung der mütterlichen Ausscheidungsprozesse, bei im Blute derselben sich anhäufenden für die Eklampsie spezifischen Giftstoffe. Ureterenkompression und Dilatation (Halbertsma), erhöhte Irritabilität der Gehirncentren Schwangerer (v. Herff),* eine gewisse *neuropathische Veranlagung (Glockner).*

Gegen die fœtale Theorie der Eklampsie sprechen aber eine Reihe von Erscheinungen des klinischen Bildes, auf welche Wyder ** in der Giessener Gynækologen-Versammlung schon hingewiesen hat, so die *Wochenbettseklampsie.*

C. Meyer teilt aus der Wyder'schen Klinik einen Fall von *Spätwochenbettseklampsie* mit (14 Tage post partum), bei dem *eine Retention fœtaler*

* Siehe *diesen Jahrgang: Dr. E. Wormser:* « Zur modernen Lehre von der Eklampsie ».

** Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 166: *Prof. Wyder:* « Symptome, Diagnose und Therapie der puerperalen Eklampsie ».

Abfallsprodukte mit Sicherheit auszuschliessen ist und der geradezu als Beweis gelten kann, dass der Fœtus nicht immer für die Entstehung der Eklampsie verantwortlich gemacht werden kann.

Das auffallende Prävalieren Erstgeschwängerter bei der Eklampsie ist durch die fœtale Theorie nicht zu erklären; ebenso dunkel bleibt der Umstand, dass gewöhnlich Frauen nur einmal von eklampt. Anfällen befallen werden (Immunität).

Nach *C. Meyer's* Ansicht kann, gestützt auf einschlagende Beobachtungen an der *Wyder*'schen Klinik, *für einen Teil der Fälle wenigstens an der Theorie der Eklampsie, welche auf einer Intoxication durch fœtale Stoffwechselprodukte basiert, nicht festgehalten werden.*

Woher denn das Eklampsietoxin? *Schmorl* machte auf die Placentarriesenzellen in den Lungen und im Herzblut Eklamptischer aufmerksam.

Veit kam auf Grund seiner Experimente zu dem Schluss, *dass unter dem Einfluss von Placentarzellen, also fœtaler Elemente, welche in's mütterliche Blut gelangen, sich in demselben ein Gift bilde, welches mit der Entwicklung der Eklampsie in Zusammenhang stehe.*

Durch das regelmässige Auftreten syncytialer Elemente (Poten) im Blute Schwangerer wird vielleicht ein häufiges Vorkommnis der Gravidität, die Albuminurie und die sog. Schwangerschaftsniere, ebenfalls erklärlich.

Nach der Theorie, welche sich an die *Lehre von den Cytotoxinen* anschliesst (siehe die oben erwähnte Arbeit von E. Wormser), wäre vielleicht *die Menge* der in den mütterlichen Kreislauf verschleppten Placentarelemente (Syncytotoxine) entscheidend dafür, dass es in einem Fall nur zu leichter Albuminurie. in einem andern zur ausgesprochenen Schwangerschaftsniere und in einem weiteren zum Ausbruch der Eklampsie kommt.

Nasse hat einen *vermehrten Fibringehalt des Blutes in der normalen Schwangerschaft* nachgewiesen; dann ist auch eine *deutliche Vermehrung der Leukocyten in der Gravidität* von mehreren Untersuchern festgestellt worden, unter andern von Wild, aus der Wyder'schen Klinik.

C. Meyer führt eine persönliche Beobachtung für die Annahme an, dass die sogenannte Schwangerschafts-Nephritis und die Eklampsie verwandte Krankheitsprozesse darstellen.

Zum Schlusse bespricht der Verfasser *die Symptome, die Diagnose, die Prognose und die Therapie der Eklampsie,* wichtigere Tatsachen durch einschlagende Fälle stützend (siehe auch die *Wyder*'schen Auseinander-

setzungen) und endlich folgen übersichtlich, in Tabellenform zusammengestellt, 62 *Schwangerschafts-Eklampsiefälle,* 32 *Geburts-Eklampsiefälle,* 23 *Wochenbetts-Eklampsiefälle* und 35 Sektionsprotokolle.

Doc. Dr. H. MEYER-RUEGG, Zürich:

Eihautberstung ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Bd. LI, Heft 3.)

Unter der Bezeichnung « *Grossesse extramembraneuse* » ist in den letzten Jahren von den Franzosen eine bisher unbekannte Anomalie in die Pathologie der Schwangerschaft eingeführt worden (GLAIZE, MAROGER). Man stellt sich dabei vor, dass es sich um eine Schwangerschaft handle, bei welcher die Frucht ausserhalb der Eihäute liegt. MEYER-RUEGG hält aber für das Punctum saliens bei dieser Anomalie, *dass trotz Ruptur der Eihäute die Schwangerschaft erhalten bleibt und die Frucht sich weiter entwickelt.*

Als eine besondere Varietät der « Grossesse extramembraneuse » kann man jene Bildungs-Anomalie bezeichnen, bei welcher nur das Amnion berstet und sich über den Fötus zurückzieht, während das Chorion erhalten bleibt: « *Grossesse extra-amniotique* ».

Aus der Literatur werden 11 einschlagende Fälle zusammengestellt und diesen ein von MEYER-RUEGG *selbst* beobachteter Fall angeschlossen:

32-jährige Nullipara; Verlauf der Schwangerschaft beschwerdefrei; im 7. Monat mässiger Grad von Hydramnion; keine Herztöne; Kindslage nicht zu bestimmen. 8 Tage darauf, während die Frau schlief, erfolgte der Blasensprung. Es floss sehr viel Fruchtwasser ab, bald stellten sich Wehen ein und wurde das Kind geboren: 34 cm. lang, Hasenscharte und Wolfsrachen; Hemicephalie, eigrosser Hirnbruch und grosser Bauchbruch (Fig. 1).

Die bis jetzt bekannten 12 einschlägigen Fälle werden noch zusammenhängend kurz besprochen. Dass auch das *Chorion* zerreissen kann, ohne dass die Schwangerschaft sogleich unterbrochen wird, ist längst bekannt. Dabei kann der erhaltene Amnionsack mehr oder weniger weit aus dem Risse des Chorion heraustreten und in hochgradigen Fällen sogar völlig sich herausschälen, so dass er nur noch an der Nabelschnurinsertion hängt. Ein Abortivei mit diesem Befunde hat MEYER-RUEGG bereits beschrieben.

Eine wesentlich andere Stellung nehmen die Fälle von *Fortdauer der Schwangerschaft nach Ruptur beider Eihäute* (Grossesse extramembraneuse) ein.



Fig. 1.

Nachgeburt. Ohne Besonderes auf der mütterlichen Seite. Der Eisack ist vollständig; er besteht aber nur aus Chorion. Die von der Placenta zum Kinde ziehende Bandmasse stellt das geborstene, von der Nachgeburt zum grössten Teil und dem Chorion vollständig abgelöste Amnion dar. Von der Mitte des Nabelstranges, dort wo er rechtwinklig abbiegt, zieht ein derberer Amnionstrang über das Gesicht hin und setzt sich oberhalb der Stirn in der Sagittalebene am Hirnbruch an; nach der Verlötung des freien Endes der Hauptbandmasse mit der Schädelkapsel und dem Brustkorbe, muss das Amnion weiter gewachsen sein. Die Verwachsung mit der Schädelkapsel hatte wohl den Defekt des Gehirns, vielleicht sekundär auch die mangelhafte Bildung des Gesichtes zur Folge.

Es handelt sich um die *Weiterentwicklung des Fœtus* trotz Abflusses des Fruchtwassers, während bei « Missed labour » sowohl wie bei « Missed abortion » die *abgestorbene Frucht* im erhaltenen, ausnahmsweise auch im geborstenen Eihautsacke zurückgehalten wird.

Es werden aus der Literatur 13 mehr oder weniger genau beschriebene Fälle angeführt und diesen ein neuer von Dr. Sturzenegger in Zürich klinisch beobachteter Fall hinzugefügt:

24-jährige Frau; hat zweimal geboren. Mai und Juni 1902 je eine schwache Periode, ohne alle Schmerzen, dann neuerdings Ausbleiben der Menses. Auf einen am 9. Oktober erlebten heftigen Schreck führt Patientin eine in der Folge eintretende Aenderung im bisher normalen Schwangerschaftsverlauf zurück: erst schleimiger, dann dünnflüssiger-wässeriger Ausfluss (ohne alle Schmerzen), der immer stärker wurde und der intelligenten Frau den Eindruck von « Fruchtwasser » machte. Weiter fiel der Frau auf, dass die heftigen Schmerzen im rechten Hypogastrium, die sie in



Fig. 2.

den ersten zwei Schwangerschaften schon geplagt hatten, diesmal ausblieben, dass der Leib, der sonst rasch sehr stark geworden war, diesmal langsam an Umfang zunahm. Ungefähr von Weihnachten an will sie Kindsbewegungen verspürt haben, die aber im Gegensatz zu den früheren Malen auffällig schwach, kaum spürbar gewesen seien. Am 11. Januar setzten regelrechte Wehen ein. Die Hebamme konstatierte: M. m. zweifrankengross; man fühlt keine Blase, ein weicher Teil liegt vor. Spontanes Durchschneiden des Steisses (Rücken links). Weder während noch nach der Geburt des Kindes ging ein Tropfen Fruchtwasser ab.

Die Nachgeburt folgte ca. 5 Minuten später spontan, ohne wesentliche Blutung. Kind starb nach 1/2 Stunde; sämtliche Gliedmassen waren dem Rumpf eng anliegend (typische Klumpfussstellung). Gewicht des Kindes 960 gr. Maasse denen eines 6 1/2 Monate alten Fœtus entsprechend.

Alles deutet darauf hin, dass der Fœtus seit längerer Zeit einem allseitigen Druck ausgesetzt, aller Bewegungsfähigkeit beraubt, d. h. ohne Fruchtwasser von der Uteruswand eng umschlossen war.

Meyer-Ruegg hat die *Nachgeburt* in Formalinlösung eingelegt und einer genauen Untersuchung unterzogen.

Die Placenta (siehe Fig. 2, auf welcher die Placenta einen fast ganz durchgehenden Schnitt zeigt, der zur genauen Untersuchung angefertigt wurde) zeigt klumpige Gestalt. Die Nabelschnurinsertion liegt genau im grössten Durchmesser. Die fœtale Seite, welche Fig. 2 darstellt, unterscheidet sich bei oberflächlicher Betrachtung nur wenig von der maternen; sie ist scheinbar auch mit einer Schichte Decidua bedeckt. Von Eihäuten überzogen ist nur die allernächste Umgebung der Nabelschnurinsertion. Es besteht also eine hochgradige *Placenta marginata.*

Fig. 3 gibt einen nur wenig schematisierten Durchschnitt durch die Placenta.

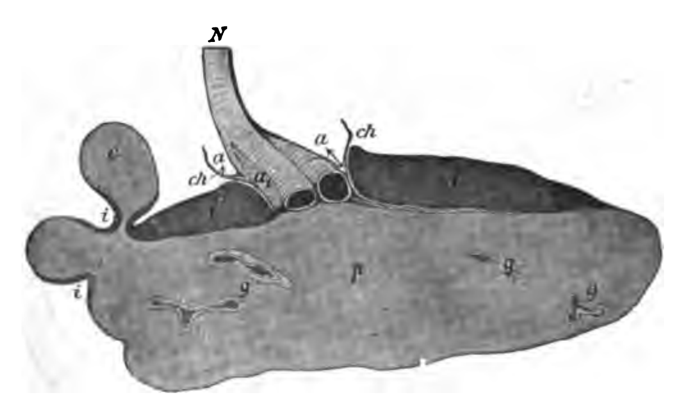


Fig. 3.

Der kleine Rest der Eihöhle an der Nabelschnurinsertion ist in die Placentarfläche eingedellt; die dadurch entstandene Rinne wird aussen umrahmt von einer scharf vortretenden, das Niveau der Placentarfläche aber nur sehr wenig überragenden Leiste. Die Eihäute selbst endigen als ununterbrochener, aber nur 2-3 cm breiter Saum. Der einzige Rest der Eihöhle besteht aus Chorion und Amnion. Ersteres vereinigt sich mit

den Gefässwandungen und tritt in die Tiefe der Placenta ein. Beide Eihäute sind am freien Rande ringsum unlösbar fest mit einander verwachsen.

Am Rande der Placenta sitzt ein etwa eigrosser Cotyledo (Fig. 3c) der fœtalen Fläche auf. Der Rand des Kuchens hat in der Nachbarschaft noch eine andere starke und daneben zwei leichtere Hervorragungen.

H. Meyer stellt dann in Tabellenform sämtliche bisher beschriebenen Fälle von « Grossesse membraneuse » übersichtlich, mit Berücksichtigung der dabei in Frage kommenden wichtigsten Daten, zusammen; daran schliesst er eine persönliche Beobachtung an, bei welcher es sich ebenfalls um Erhaltung der Schwangerschaft nach frühzeitiger Berstung der Eihäute handelte, bei der aber der Fœtus im Eisacke verblieb.

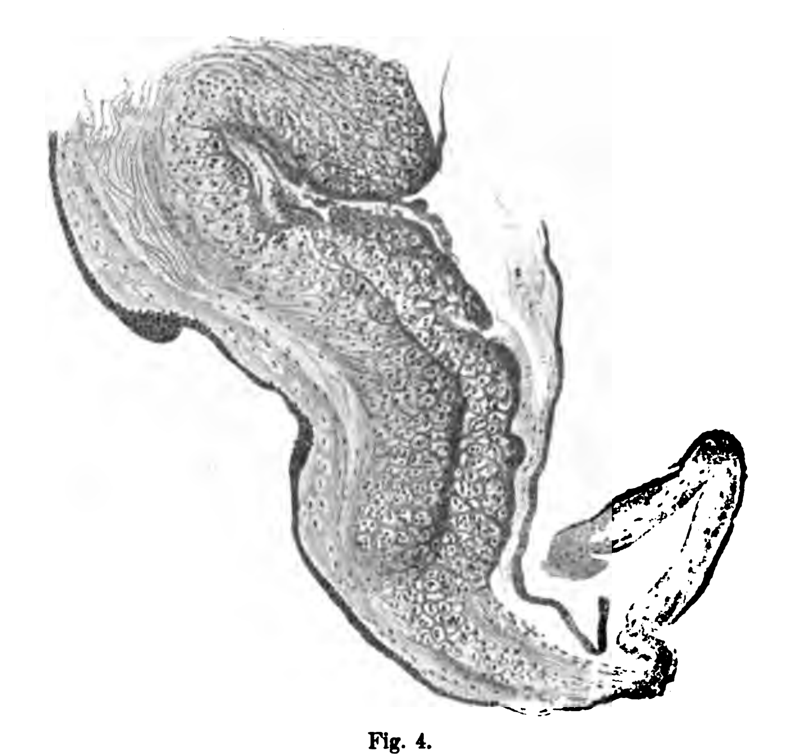


Fig. 4.

Fig. 4 gibt ein Bild des dabei zu Stande gekommenen Eihautrisses. Man sieht das Amnion mit seinem einschichtigen Epithel; es hat sich nach aussen umgekrempt und am äussersten Ende in gleichem Sinne

aufgerollt. Seine Bindegewebschichte vereinigt sich in beträchtlicher Entfernung vom Ende mit derjenigen des Chorion zu einer einzigen gleichmässigen Lage faserigen Gewebes, an welcher nichts mehr auf die Entstehung aus zwei Blättern hindeutet.

Das mehrschichtige gewucherte *Chorionepithel* geht mit dem vereinten Bindegewebe des Chorion und Amnion eine Art Durchwachsung ein. Fig. 5 gibt die Verwachsungsstelle in stärkerer Vergrösserung wieder



Fig. 5.

H. Meyer legte sich im weitern Verlauf seiner sehr eingehenden Arbeit noch *mehr praktische Fragen* zur Beantwortung vor:

1. « Wie konnte es allen Erfahrungen und dem physiologischen Gesetz zum Trotz kommen, dass die Gebärmutter in diesen Fällen nach vollständigem Fruchtwasserabfluss das Ei noch länger in sich duldete und der Fœtus nicht abstarb, sondern weiter wuchs? »

2. « Unter was für Umständen dürfen wir vom blossen Blasensprung *überhaupt* am ehesten die Anregung zu guter Wehentätigkeit erwarten? »

3. « Welches ist die Ursache des Blasensprungs? » etc.

Klinische Symptome der Eihautberstung ohne Unterbrechung der Schwangerschaft. Das einzige charakteristische Symptom ist die *Hydrorrhoe.* Ist diese festgestellt und katarrhalischer Scheidenfluss ausgeschlossen, so handelt es sich nur noch um die Unterscheidung von Abgang sogen. falschen Fruchtwassers, also von Hydrorrhœa gravidarum bei Endometritis decidualis. Das Fruchtwasser träufelt beständig ab, während ein endometritisches Exsudat nur mit Unterbrüchen ausgestossen wird. — Das Fruchtwasser ist in der ersten Hälfte der Schwangerschaft wasserklar, während das Exsudat der Endometritis immer leicht blutig tingiert oder strohgelb gefärbt ist und die Wäsche steift. Diese Unterscheidung wird aber nur im Beginn der Hydrorrhoe von Wert sein.

Therapie. Die Franzosen legen grossen Wert auf strenge Bettruhe und Opiumbehandlung. *H. Meyer* dagegen hält das Ei für verloren, wenn die Eiblase einmal geborsten ist.

Dr. K. Meyer, Zürich-Winterthur:

Beitrag zur spontanen Uterusruptur in der Schwangerschaft.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Zürich:

Prof. Dr. Th. Wyder.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie, Bd. 9, H. 45, 1904).

Baisch kam auf deduktivem Wege zu dem Schlusse, dass in allen Fällen von spontaner Uterusruptur, wo nicht Uterusmissbildung oder pathologische Eieinsertion (Grav. interstit.) vorliege, es sich um eine pathologische Alteration des Uterusmuskels handeln müsse, um Substitution des normalen Muskelgewebes durch ein anderes, heterogenes. — Im vorliegenden Falle glaubt Meyer solche Veränderungen in hinreichend grosser Ausdehnung nachweisen zu können:

27-jährige IV gravid; letzte Menses am 6. August 1901; in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft Beschwerden von Seiten von Krampfadern des rechten Beins; letzte Cohabitation vor 5 Wochen; seit dem 17. und 18. März 1902 sehr matt und Schmerzen in der linken Seite; am 19. März heftige Schmerzen, infolge lebhafter Kindsbewegungen; per vaginam ging eine Spur Blut ab, aber kein Wasser. Hebamme verordnete bei für 1 Finger durchgängigem M. m. ein Dampfsitzbad; der wegen Krampfwehen herbeigerufene Arzt machte eine Morphiuminjektion (furchtbare Krämpfe im Leibe; Abdomen bei Berührung höchst schmerzhaft und in der Magengegend besonders stark gebläht) und verlangte sofortige Ueberführung in die Frauenklinik; aber erst am folgenden Morgen wurde wegen bedeutender Verschlechterung des Allgemeinbefindens die Hilfe eines Frauenarztes in Anspruch genommen.

Diagnose: Ileus infolge maligner Darmgeschwulst?

Therapie: Spitalaufnahme behufs baldiger Laparotomie.

Am 20. März kam Pat. auf die chirurgische Abteilung des Herrn Prof. Krönlein; exspektatives Verhalten; am Abend des folgenden Tages wurde Pat. in die Frauenklinik transferiert, weil die Frühgeburt im Gange sei:

Es handelte sich um eine Gravidität im 6-7 Lunarmonat; da die Dispnœ Tags darauf wieder etwas zugenommen und Pat. einen sehr schwerkranken Eindruck machte, so wurde am 22. III. zur Beschleunigung der Geburt durch Metreuryse geschritten; am 23. III. wurde der Ballon ziemlich plötzlich ausgestossen, jedoch waren bei der Untersuchung Vagina und Beckenkanal völlig leer, Muttermund gut handtellergross, aber kein vorliegender Teil.

In ganz oberflächlicher Chloroformnarkose wird die ganze Hand in die etwas kleine Vagina eingeführt und konstatiert, dass auch das Cavum uteri leer ist, bis auf eine Bride, die von der linken Seite zu einer Oeffnung links oben im Fundus führte und welch' letztere bequem für 2 Finger durchgängig war. — *Diagnose:* Uterusruptur mit Austritt des Kindes in die Bauchhöhle. — *Laparotomie:* Die etwa 5 cm. lange Rissstelle am Fundus blutete nicht; da aber schon Fieber vorhanden gewesen und eine vorhandene Peritonitis vom Uterus ausgegangen sein konnte, so entschloss man sich zur *supravaginalen Amputation.*

Beschreibung des durch Operation gewonnenen Präparates: Der Riss sitzt ganz auf der linken Seite des Fundus und ist etwa 5 cm. lang. Auffällige Dünnheit der Wandung ist an dem kontrahierten Organ nicht nachweisbar, weder an der Rissstelle noch an der Schnittfläche der Cervix. Adnexe normal. Das Organ in toto etwas klein im Vergleich mit andern puerperalen Uteri. Die Muskulatur an der Rissstelle $^{3}/_{4}$ — $1^{1}/_{2}$ cm. dick, an der Cervix $1^{1}/_{2}$ cm. Die Placenta dürfte im Fundus und zum grössten Teil an der vorderen Wand gesessen haben, ziemlich in der Mitte, so dass nur der linke Rand der Placenta noch im Bereich des Risses war. Placenta wog 360 gr. Fœtus weiblichen Geschlechts, 46 cm. lang, 2000 gr. schwer, Kopfumfang 32 cm., etwas maceriert.

Sektionsbericht: Peritonitis fibrinosa, Pleuritis serosa sinist., Anæmia universalis, Meteorismus intestini et ventriculi.

Die mikroskopische Untersuchung ergab folgendes:

1. Peritoneum: verdickt, homogensulzig, kernarm, ohne Epithelschicht, an anderer Stelle liegt eine feinkörnige Fibrinmasse in ziemlich dicker Schicht auf dem Epithel, das stellenweise in Cylinderform gewuchert ist; endlich findet man ganz recente Entzündungserscheinungen. — Die Muscularis serosæ ist im Bereiche der hyalin degenerierten Serosa kernarm; die Muskelzellen gequollen oder in scholligem Zerfall.

2. *Muscularis.* Die fibrilläre Zeichnung des Bindegewebes ist verloren gegangen. Die Wandung kleiner und mittelgrosser Gefässe ist hyalin degeneriert (Kokken); stark lichtbrechende, blasse, kernarme Querschnitte von Muskelzellen; die feine Längsstreifung der Muskelfasern fehlt; das Protoplasma trübe, homogen, gequollen etc.

3. *Mucosa.* Diese zeigt in histologischer Hinsicht kaum irgendwelche Veränderungen, ausser den für die Decidua charakteristischen. Die serotinalen Riesenzellen dringen nirgends irgendwie tiefer in die Muskulatur ein, als gewöhnlich; wuchernde Zotten sind nirgends zu finden.

4. *Elastische Fasern.* Dieselben fanden sich hier reichlicher vor, als in Controllpræparaten von einem puerperalen Uterus aus dem 10. Monat.

Wie dürfen diese Befunde nun verwertet werden? Zwischen Ruptur und Exitus liegen 5 volle Tage. Die Möglichkeit, dass in diesem Zeitraum tiefgreifende Veränderungen an der Muskulatur und am Bindegewebe Platz greifen konnten, ist ohne weiteres zuzugeben. Trotzdem scheinen *Meyer* im concreten Falle die zellarme, schwielige Verdickung der Serosa und die hyaline Obliteration der Gefässe mit Notwendigkeit für einen längerdauernden Prozess zu sprechen.

Worin liegt nun die Ursache dieser degenerativen Prozesse? Die Maasse des Uterus, die geringe Grösse und schwächliche Entwicklung der Frau führten *Meyer* zu der *Annahme, dass hier ein gewisser Grad von Infantilität* vorgelegen habe. Eine weitere Bestätigung dieser Ansicht scheint durch die vorausgegangenen spontanen Frühgeburten gegeben zu sein. Wenn vielleicht auch die Placenta 2 oder 3 mal ungefähr an derselben Stelle gesessen hätte, so wären reichlich Momente gegeben, welche die Entwicklung jener Degeneration verständlich machen könnten.

Die *Diagnose* kann nur dann gestellt werden, wenn es gelingt, den kontrahierten puerperalen Uterus und neben ihm einen Tumor zu fühlen, der mit einiger Deutlichkeit die Form eines Kindeskörpers wiedergibt, oder an dem sich sogar einzelne Kindesteile von aussen oder per vaginam aut rectum nachweisen lassen. Event. käme *instrumentelle Dilatation des Cervicalkanales und direkte Austastung* des Uteruscavums in Frage.

Die verschiedenen *Symptome* können ungezwungen in drei Gruppen eingeteilt werden:

1. In die des peritonealen Insultes.
2. Die der inneren Blutung und
3. Die vom graviden Uterus resp. der Frucht ausgehenden.

Differential-diagnostisch käme in Betracht: Stieltorsion eines Adnextumors, Perforationsperitonitis, Darmocclusion, Tubengravidität, *vorzeitige Lösung der Placenta.*

Auf einer beigegebenen Tafel werden 4 mikroskopische Abbildungen vorgeführt; des veiteren ist eine makroskopische Abbildung beigegeben.

Dr. Fr. SUTER, Basel:

Ueber den Harnscheider von Luys* und die Ausscheidung von Indigokarmin durch die Nieren.

Ein Beitrag zur funktionellen Nierendiagnostik.

Aus der chirurgischen Privatklinik des Herrn Prof. Emil BURCKHARDT in Basel.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 18, pag. 585, 1904.)

In der Klinik von Prof. E. BURCKHARDT kamen der Harnscheider von CATHELIN und derjenige von LUYS zur Anwendung; das letztere Instrument wird vorgezogen. Dass es den Harn der beiden Nieren gut teilt, scheint sich aus 210 von LUYS** mitgeteilten Beobachtungen zu ergeben. Die intramuskulären Injektionen von indigoschwefelsaurem Natrium (4 cm^3 einer 4 °/₀ Lösung) bilden des weitern ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel, da sie in Verbindung mit dem LUY'schen Harnscheider *1. eine Kontrolle für die gute Funktion des Instrumentes abgeben und 2. wertvolle Aufschlüsse über die Funktion der Nieren gestatten.*

Es werden 7 Fälle mitgeteilt, bei denen die Kombination des LUY-schen Harnscheiders und der intramuskulären Indigokarmin-Injektionen zur Anwendung kam.

Die Leistungen des LUY'schen Harnscheiders waren in 9 Applikationen gute; das Instrument bedeutet jedenfalls einen Fortschritt; es ist bei Fällen mit schwerer kranker Blase zu verwenden, für die der Ureterkatheter nicht zu gebrauchen ist.

Was können die Indigokarmin-Injektionen leisten? Es fiel auf, wie augenfällig sich in der Ausscheidung dieses Farbstoffes die Funktion der Niere ausprägt! Augenfällig, denn ein Tropfen Urin der in dem Ausflussrohre des *Luy*'schen Separators erscheint, sagt uns durch seine Farbe, ob und in welchem Grade die Niere imstande ist, den Farbstoff auszuscheiden.

* Siehe *Gyn.-Helvet.* IV, p. 220: *Dr. Wildbolz:* « Ueber den neuen Harnscheider nach Luys ».

** *Georges Luys:* « La séparation des deux reins ». Masson et Cie, Paris, 1904.



Prof. Dr. E. Tavel, Bern:

Zur Diagnose des Sitzes der Occlusion beim Ileus.

Le Diagnostic du Siège de l'Occlusion dans l'Iléus.

(Revue de Chirurgie, Félix Alcan, Editeur, Paris, 1903/4.)

Tavel gibt in einer vorzüglichen Monographie zuerst folgende *Klassifikation des Ileus:*

Dynamischer Ileus.		Nervöse Läsionen.	1. Des Rückenmarkes.
			2. Der peripheren Nerven.
		Nervöser Reflex in Folge	3. Incarceriertes Epiploon.
			4. Incarcerierter Bruchsack.
			5. Littre'sche Hernie
			6. Einklemmung von Bruchsackorganen (Hoden, Eierstock).
			7. Einklemmung von Steinen (der Gallenblase, des Duct.-Choledochus, der Nieren und des Harnleiters).
			8. Pleuresia diaphragmatica.
			9. Extraperitoneales Trauma.
			10. Intraperitoneales Trauma. (operativ.)
		Läsionen des Gefässsystems.	11. Septische und aseptische Embolie.
			12. Septische und aseptische Thrombose.
			13. Ligaturen.
		Intoxicationen.	14. Alcaloide (Morphium).
			15. Uræmie.
		Entzündungen.	16. Darm-Peritonitis.
			17. Peritonitis der Nachbarschaft. Entzündung der Abdominalorgane. Cholecystitis, Oophoritis, Metritis.
	bedingt durch Dysperistaltismus, in Folge von	nervösem Reflex.	18. Hysterie.
		Vergiftung.	19. Blei-Vergiftung.
	bedingt durch Hyperperistaltismus, in Folge von	nervösem Reflex.	20. Entzündung der Nachbarschaft.
		Vergiftung.	21. Bakterien-Toxine, Tyrotoxine.
	bedingt durch Antiperistaltismus.		22. Hysterie.
Mechanischer Ileus.	In Folge Verschluss durch	Fremdkörper.	23. Gallensteine.
			24. Anastomosen-Knöpfe.
			25. Kirschkerne.
			26. Ascariden.
			27. Koprolithen, Enterolithen.
		Neubildungen des Darmtraktus.	28. Polypen.
			29. Leiomyome.
			30. Lipome.
			31. Carcinome.
			32. Tuberkulose.
			33. Accessorischer Pankreas.
		Invaginierte Darmschlinge.	34. Einfache Invagination.
			35. Doppelte Invagination.

Mechanischer Ileus.

- In Folge Compression durch
  - Fremdkörper.
    - 36. Compressen, Instrumente, etc.
  - Deplacierte Organe.
    - 37. Milz.
    - 38. Magen.
    - 39. *Uterus.*
    - 40. *Ovarien.*
  - Organ-Entzündungen.
    - 41. Stieldrehung (aseptisch).
    - 42. Pancreatitis (septisch).
  - Exsudate.
    - Intraperitoneale
      - 43. Tuberkulöse Peritonitis mit oder ohne Tympanie.
      - 44. Hæmatome.
    - Extraperitoneale
      - 45. Subseröse Hæmatome.
  - Neubildungen
    - Intraperitoneale
      - 46. Dermoide.
      - 47. Mesenterial-Cysten.
      - 48. Echinococcen.
      - 49. *Extrauterin-Gravidität.*
    - Extraperitoneale
      - 50. Sarcome.
      - 51. Carcinome.
      - 52. Osteome.
  - Stränge.
    - 53.
- In Folge falscher Lage
  - Processus vermiformis.*
    - 54.
  - Meckel'sches Divertikel.
    - 55.
  - Herniæ.
    - 56. Ombilicales.
    - 57. Crurales.
    - 58. Inguinales.
    - 59. Ventrales.
    - 60. Perineales.
    - 61. Obturatores.
    - 62. Properitoneales.
    - 63. Retroperitoneales.
    - 64. Diaphragmaticæ.
    - 65. Mesentericæ.
    - 66. Canalis omphalo-mesenterici.
    - 67. Winslowii.
  - Adhärenzen
    - 68. Der Därme untereinander.
    - 69. Der Därme mit der Bauchwand oder den Bauchorganen.
  - Abknickung.
    - 70.
  - Volvulus.
    - 71.
- In Folge von Verengerung
  - Congenital
    - 72.
  - Erworben
    - 73. Tuberkulose.
    - 74. Syphilis.
    - 75. Actinomykose.
    - 76. Carcinome.
    - 77. Compression *(Uterus).*
    - 78. Ulcerierende Narben.
    - 79. Traumatische Narben.
- Atresie.
  - 80.

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 81 : *Dr. R. Stierlin :* « Ueber Darmocclusion ».

Tavel bespricht sämtliche 80 verschiedenen Formen und deutet auch kurz die Casuistik an; dann kommt er eingehend auf die

Symptome des Ileus zu sprechen:

I. Allgemein-Symptome.

Facies. Hippocratica.

Nervensystem. Schlaf, Aufgeregtsein, Angstgefühl, Krämpfe, Schüttelfrost.

Temperatur. Im allgemeinen; Differenz zwischen axillarer und rectaler Temperatur.

Zirkulation. Schneller und voller Puls, Cyanose, Hæmodiagnose.

Respiration. Beschleunigt, oberflächlich.

Harnsekretion. Häufig, Anurie, Indicanurie.

II. Symptome, herrührend vom Darmtraktus und vom Peritoneum.

Zunge. Belegt, rot, trocken.

Erbrechen. Natur des Erbrochenen: schleimig, gallig, stuhlähnlich; Stuhl, blutig. Auftreten: unmittelbar, verzögert. Häufigkeit: häufig, regelmässig, selten, mit Unterbrechungen. Menge: reichlich, wenig.

Brechneigung.

Aufstossen.

Spasmodische Contraktion des Zwerchfelles.

Constipation. Gleichzeitiges Auftreten mit der Ursache der Occlusion. späteres Auftreten; gleichzeitig auftretend mit der Sistierung der Winde, frühzeitigeres Auftreten.

Natur der Stühle: acholisch, blutig (Zeichen von *Curveillier*). Melaena.

Gasabang. Anzeiger des Peristaltismus; Diagnose zwischen acutem und chronischem Ileus.

Schmerzen. Lokalisation, Grad und Zunahme im Beginn, Dauer oder Unterbrechungen, paroxysmale Zunahme, Exacerbation in der Wärme.

III. Symptome durch die lokale Untersuchung eruiert.

Inspektion. Allgemeiner Meteorismus.

Regionärer Meteorismus (Zeichen von *Langier*). Aufgetriebensein der epigastrischen Gegend, der mittleren Partien des Abdomens und der Colongegend.

Lokaler Meteorismus (Zeichen von *Wahl-Zœge)*. Schlinge fixiert und dilatiert. Nabel proeminent.

Peristaltismus. Aperistaltismus und Peristaltismus der fixierten

Schlinge, Hyperperistaltismus und Antiperistaltismus oberhalb derselben.

Peristaltismus kommt der normalen Ernährung der Darmschlingen gleich.

Percussion. Tympanie, metallischer oder gedämpfter Schall. Freier Erguss im Peritoneal-Raum (Zeichen von *Bönnecken-Gangolphe*).

Auskultation. Kompleter oder unkompleter Aperistaltismus. Auskultation des Klystiers (Zeichen von *Treves*).

Auskultation-Percussion. Ballon-Symptom (*Nothnagel*).

Transsonanz (*Henschen* und *Bendersky*).

Auskultation von Reibegeräuschen (*Romberg*).

Palpation. Resistenz der resp. Schlinge oder eines Herdes. Oedem-Schmerzen: lokalisiert im Niveau der Occlusion, in der Magengrube. Zeichen von *Kocher* (unvermitteltes Loslassen des palpierenden Fingers). Clapotement (Wasser-Luft), Gargouillement, Wogen-Sensation.

Rectal-Untersuchung. Empfindlichkeit des Douglas, der einen der Wandungen des kleinen Beckens. Exsudat.

IV. Symptome der Occlusion, je nach den verschiedenen Abschnitten des Darmtraktus.

Vaginal-Untersuchung. Empfindlichkeit des Douglas, der einen der Wandungen des kleinen Beckens. Exsudat.

Pylorus-Occlusion. Erbrechen schleimiger Massen oder von eingenommener Nahrung, ohne Galle, manchmal mit Blut untermischt.

Stühle selten; ebenso Windabgang.

Schmerzen in der epigastrischen Gegend und im Rücken.

Mehr oder weniger ausgesprochene Magendilatation.

Resistenz in der Gegend des Pylorus.

Duodenal-ampulläre Occlusion. Gleiche Symptome wie für die Pylorus-Occlusion; hinzu kommt noch Ikterus.

Duodenal-Occlusion. Erbrechen von aufgenommener Nahrung (mit und ohne Galle) und von Bauchspeicheldrüsensaft. Im Magen findet man grosse Mengen von Galle und Pancreassaft. Das Erbrochene ist äusserst reichlich; der Kranke erbricht viel mehr als er aufnimmt.

Stühle und Windabgang selten oder haben ganz sistiert.

Regionärer Meteorismus der epigastrischen Gegend.

Einziehung der Sub-ombilicalen Gegend, ausgenommen in Fällen von enormer Magendilatation.

- *Jejuno-ileum-Occlusion.* Erbrechen schleimiger Massen, untermischt mit Galle, später von Fæcalmassen.

Stuhl und Windabgang haben fast vollständig aufgehört.

Regionärer Meteorismus des mittleren Abschnittes des Abdomens, mehr oder weniger ausgesprochen, je nachdem der Sitz des Verschlusses mehr oder weniger nach unten zu sitzt.

Ileo-cæcal-Occlusion. Erbrechen seltener und später auftretend als in der Jejuno-iliacal-Occlusion.

Stühle und Windabgang fehlen vollständig.

Regionärer Meteorismus, ohne den Verlauf des Colon durchscheinen zu lassen, ohne Verdrängung der Leber und der Organe des Thorax.

In der Ileo-cæcal-Gegend lokalisierte Empfindlichkeit.

In vielen Fällen Empfindlichkeit der rechten Wand des kleinen Beckens bei der rektalen oder vaginalen Untersuchung.

Occlusion des rechten Winkels des Colon. Erbrechen tritt spät auf, kann aber auch vollständig fehlen.

Weder Stühle noch Windabgang.

Ausgesprochener Meteorismus mit mehr oder wenig ausgesprochener Verdrängung des Zwerchfells.

Dilatation des Colon ascendens.

Ausgesprochene Empfindlichkeit in der Lebergegend.

Die Klystiere werden gut ertragen.

Occlusion des linken Winkels des Colon. Erbrechen verzögert, kann fehlen.

Weder Stühle noch Windabgang.

Ausgesprochener Meteorismus mit starker Verdrängung des Zwerchfells.

Dilatation des Colon ascendens et transversum.

Empfindlichkeit der linken hypochondrischen Gegend.

Grosse Klystiere werden weniger gut ertragen.

Sigmoidale, iliacale oder Becken-Occlusion. Erbrechen verzögert oder fehlend.

Weder Stühle noch Windabgang.

Sehr ausgesprochener Meteorismus, Colon-Zeichnung.

Verdrängen der Leber und des Herzens, manchmal bis zum Verschwinden der Dämpfung dieser Organe:

Nur kleine Klystiere werden mehr oder weniger gut ertragen, je nach dem Sitz des Verschlusses.

Wenn der Sitz der Occlusion ein iliacaler ist, dann kann man sie vermittelst der Palpation bestimmen, wenn, im Gegenteil der Sitz ein pelvieller ist, so kann der Verschluss bei der äusseren Palpation nicht in Form einer empfindlichen Stelle gefühlt werden.

Die Rectal- und Vaginal-Untersuchung gestatten dann diese zu erkennen.

Rectal-Occlusion. Verzögertes Erbrechen oder dieses ganz fehlend.

Weder Stühle noch Windabgang.

Sehr starke Verdrängung der Organe.

Selbst kleine Klystiere werdeu nicht ertragen.

Der rectal untersuchende Finger erkennt sofort den Verschluss.

Anale Occlusion. Der Finger kann nicht ins Rectum eingeführt werden.

Tavel kommt in einem weiteren Kapitel auf die *Diagnose* des Ileus zu sprechen. Der Arzt muss in erster Linie *die Differentialdiagnose zwischen wahrem Ileus und zwischen Constipation* stellen; dann wird er sich zu entscheiden haben, ob im gegebenen Falle eine *mechanische oder eine dynamische Occlusion* vorliegt. In dritter Linie wäre die Frage zu eruieren, ob ein *akuter oder ein chronischer Ileus* vorliegt. Die hauptsächlich in Betracht kommenden Gesichtspunkte werden besprochen. Besprochen wird des weiteren die *Diagnose des Sitzes der Occlusion* und dies an Hand von 25 selbst beobachteten und sehr detailliert wiedergegebenen Fällen.

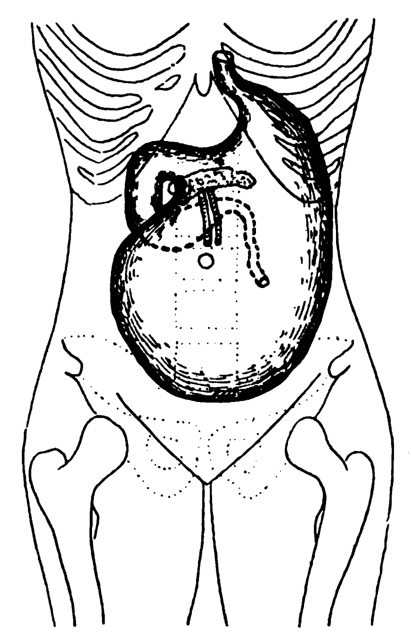


Fig. 6.

Der enorm dilatierte Magen komprimiert das Duodenum an seinem Eintritt in das Ileum und bewirkt eine Magenstase, ohne sehr ausgesprochene Dilatation des Duodenum.

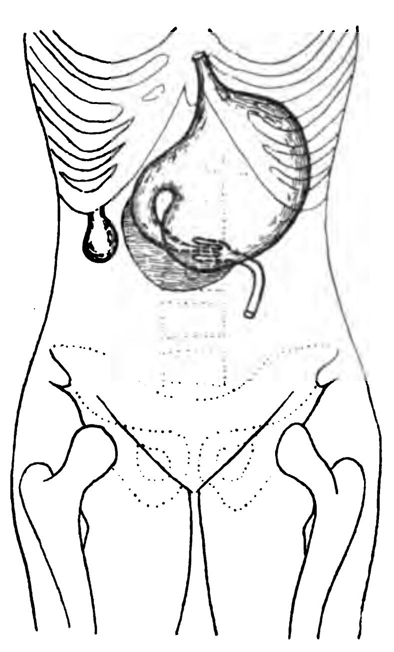


Fig. 7.

Subseröses Hæmatom, das das Duodenum komprimiert und eine Invagination des Duodenum in das Jejunum herbeigeführt, mit consecutiver Dilation des oberen Abschnittes des Duodenum, der Gallenblase und des Magens.

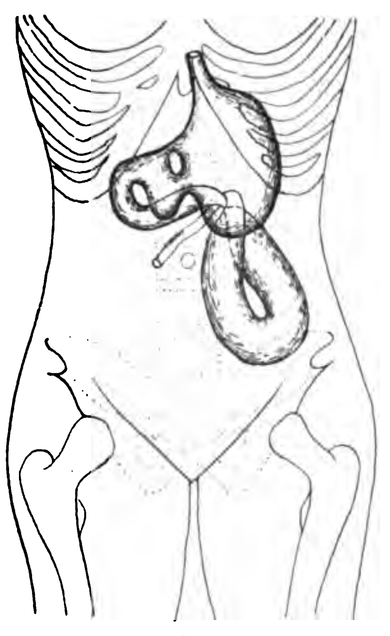


Fig. 8.

Zweigeteilter Magen. Volvulus einer Schlinge des Jejunum mit Occlusion nach Gastro-Gastrostomie.

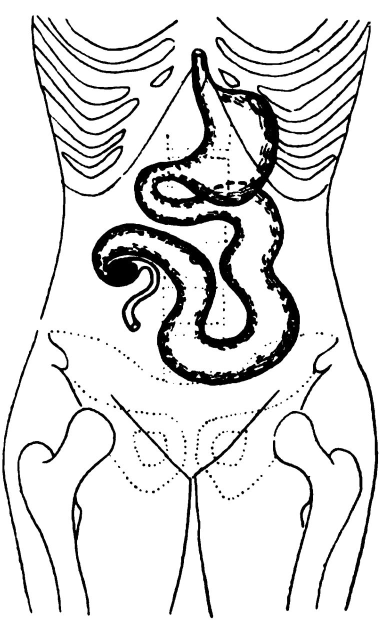


Fig. 9.

Occlusion des oberen Abschnittes des Ileum nach Fixation des Darmes an einen Gallenstein.

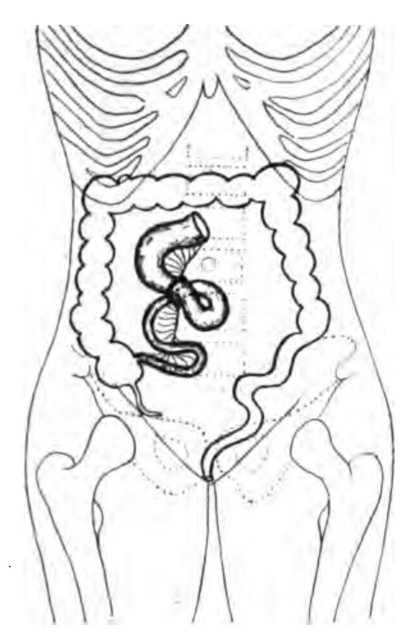


Fig. 10.

Occlusion des unteren Abschnittes des Ileum infolge einer parietalen Mesenterialhernie.

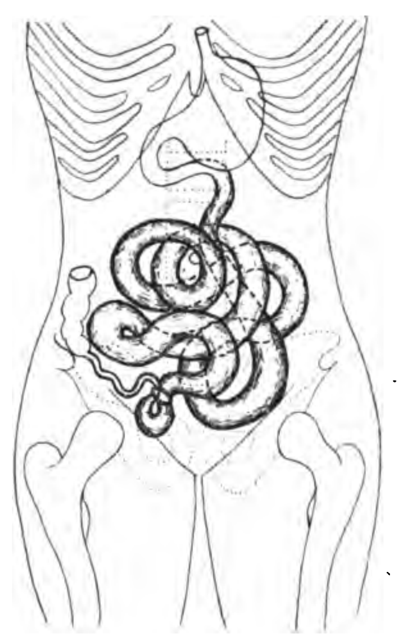


Fig. 11.

Occlusion des unteren Abschnittes des Ileum nach incarcerierter Inguinalhernie. Meteorismus der mittleren Partien des Abdomens.

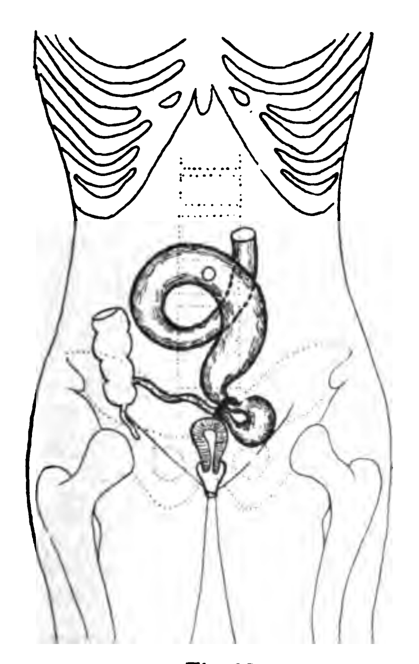


Fig. 12.

Occlusion des unteren Abschnittes des Ileum bei innerer Hernie infolge Strangbildung am Uterus.

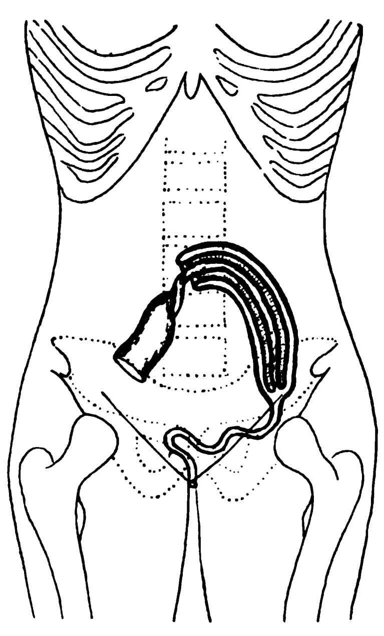


Fig. 13.

Ileo-cæcale Invagination mit Verlegung des Colon ascendens in die Fossa iliaca interna sinistra.

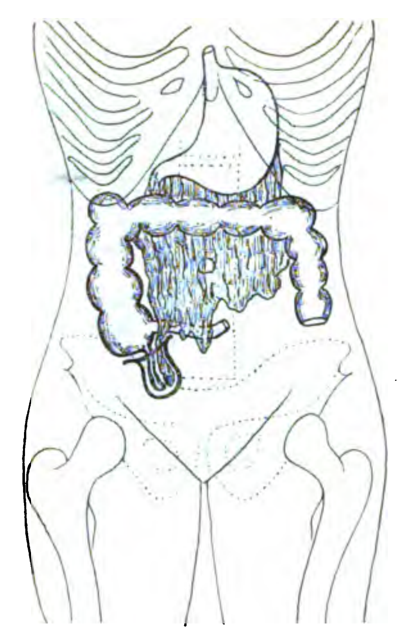


Fig. 14.

Properitoneale Hernie, die den proc. vermif. und etwas gangraenisiertes Epiploon einschliesst.

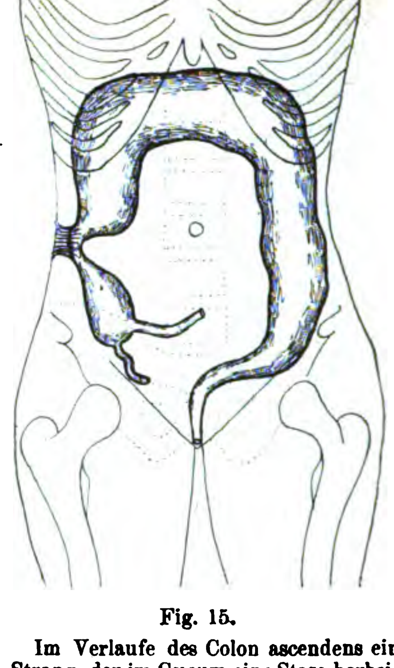


Fig. 15.

Im Verlaufe des Colon ascendens ein Strang, der im Cæcum eine Stase herbeigeführt, sowie eine Paralyse mit Dilatation des Colon transversum und descendens.

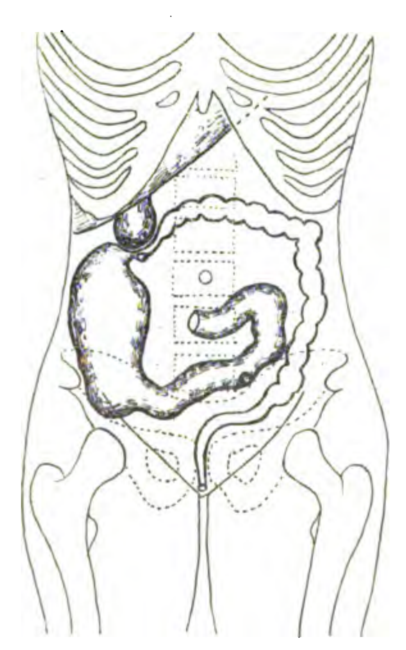


Fig. 16.

Occlusion im rechtsseitigen Winkel des Colon, hervorgerufen durch eine eitrige Cholecystitis, die das Colon comprimiert. Dilatation des Colon ascendens. Enterostomie im Bereiche des Ileum.

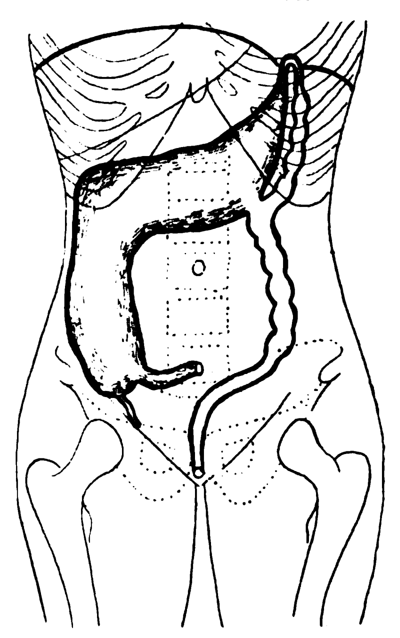


Fig. 17.

Occlusion am linksseitigen Colonwinkel, infolge Zwerchfellhernie. Enorme Dilatation des Colon ascendens und transversum. Entero-Anastomose zwischen dem Colon transversum und dem Colon descendens.

1. Fall: Ileus infolge plötzlich einsetzender Pylorus-Occlusion, bei sekundärer Entzündung der pylorischen Gegend nach Ulcus pylori.

2. Fall: Ileus durch duodenale Occlusion infolge Kompression des Duodenum an der Duodeno-jejunalfalte ; nach Gastro-Enteritis und Magenparalysie. (Fig. 6).

3. Fall: Ileus infolge duodenaler Occlusion, bewirkt durch ein traumatisches subseröses Hæmatom und gefolgt von Invagination des Duodenum in das Jejunum. (Fig. 7).

4. Fall: Ileus verursacht durch eine Occlusion des Jejunum, infolge sekundären Volvulus nach Gastro-Anastomose wegen zweigeteilten Magens. (Fig. 8).

5. Fall: Ileus infolge Occlusion des Jejunum-Ileum nach Abknickung, hervorgerufen durch einen incarcerierten Gallenstein. (Fig. 9).

6. Fall: Ileus bei retroperitonealer incarcerierter Hernie des Ileum.* (Fig. 10).

7. Fall: Ileus nach incarcerierter rechtsseitiger Inguinal-Hernie (Fig. 11).

8. Fall: Unvollständiger Ileus durch Kompression einer Ileum-Schlinge dnrch einen vom Uterus ausgehenden Strang. (Fig. 12).

9. Fall: Ileus nach cæcaler Invagination. (Fig. 13).

10. Fall: Ileus infolge hysterischer Ileo-Cæcal-Occlusion.

11. Fall: Ileus infolge einer Hernie des processus vermiformis und properitonealer gangrænöser Epiploitis. (Fig. 14).

12. Fall: Leichter Ileus nach Appendicitis und Darmblutung.

*13. Fall***: Dynamischer Ileus infolge Aperistaltismus nach Strangbildung auf dem Colon ascendens und nach Geburt. (Fig. 15).

14. Fall: Mechanischer und dynamischer Ileus nach eitriger Cholecysitis. Occlusion im rechtsseitigen Winkel des Colon. (Eig. 16).

15. Fall: Ileus infolge Occlusion am linksseitigen Winkel des Colon, hervorgerufen durch eine incarcerierte Zwerchfellhernie. (Fig. 17).

16. Fall: Ileus infolge Kompression des linken Colonwinkels durch eine retroperitoneale Blutüng. (Fig. 18).

17. Fall: Chronischer Ileus infolge Occlusion von Colon transversum et descendens nach Strangbildung und Darmverdrehung. (Fig. 19).

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 71/72 : *Dr. F. de Quervain :* « Zur Implantation des Colon transversum in das Rectum oder den Anus ».

** Siehe *diesen Jahrgang. Prof. Tavel :* « Narbige Pericolitis postappendicularis ». (Fall 2.)

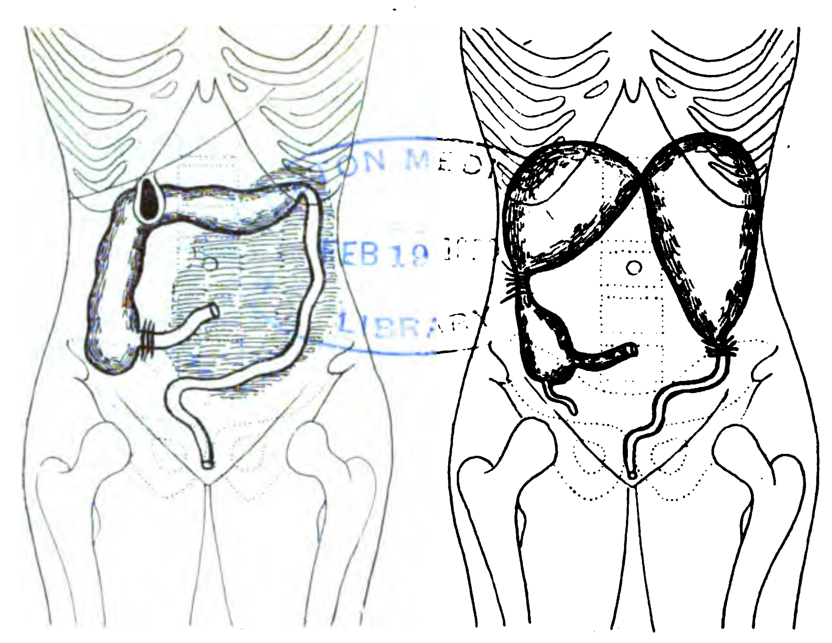


Fig. 18.

Occlusion am l. Colonwinkel durch ein subseröses Hæmatom. Dilatation des Colon transversum et ascendens. Enorm grosser Gallenstein der Gallenblase.

Fig. 19.

Colon transversum et descendens enorm dilatiert nach Strangbildung und Darmverdrehung hinter und vor den dilatierten Darmpartien.

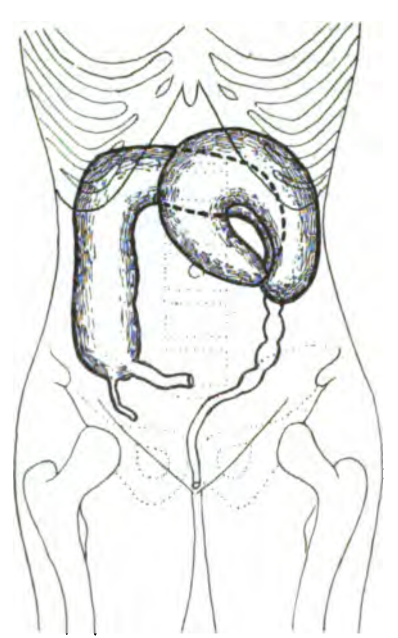


Fig. 20.

Volvulus des Colon descendens und enorme Dilatation der verdrehten Darmschlinge, sowie des Colon transversum et ascendens vor dem Hindernis.

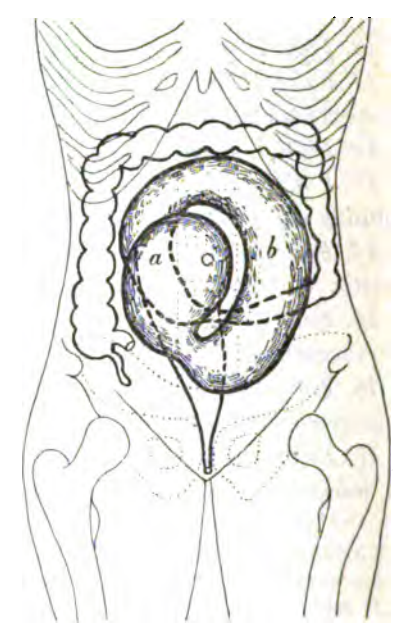


Fig. 21.

Sigmoidales Megacolon (idipathische Dilatation der Flexura sigmoidalis) ohne mechanische Ursache hinter der Schlinge und vor derselben eine Striktur des Colon sigmoidalis iliacus.

18. Fall: Chronischer Ileus infolge Volvulus des Colon descendens und der Flexura sigmoidea, Gangræn. (Fig. 20).

19. Fall: Ileus infolge dynamischer Occlusion der Flexura sigmoidea nach Kompression während der Geburt.

20. Fall: Dynamischer Ileus infolge traumatischer Paralysie nach Beckenfractur.

21. Fall: Ileus infolge inkompleten Volvulus eines sigmoïdalen Megacolon. Anastomose. Resektion der Darmschlinge. Exitus: Perforativ-Peritonitis. (Fig. 21).



Fig. 22.

Schema der wegen sigmoidalem Megacolon ausgeführten Operation. An der Basis der Schlinge eine Entero-Anastomose; Resection der Schlinge; Peritonisation des Mesenteriums.

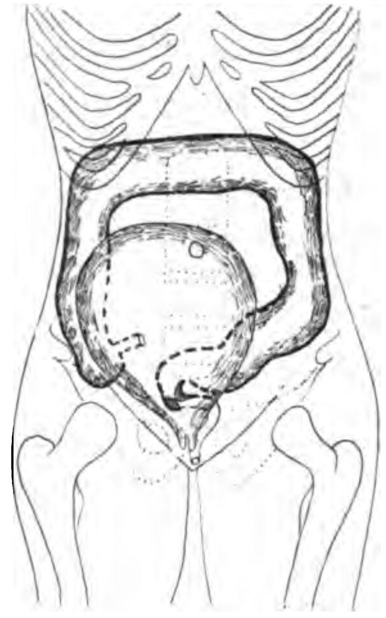


Fig. 23.

Rectale Occlusion infolge atrophischen Krebses und Compression durch ein enormes Uterusmyom. Dilatation des gesamten Colon (Colon-Zeichnung).

22. Fall: Ileus infolge Obstruktion durch Kirschkerne von einer sigmoidalen Striktur, herrührend von der Kompression eines Myoms und später eines atrophischen Krebses. (Fig. 23).

23. Fall: Ileus infolge Occlusion durch einen Krebs des Rectums.

24. Fall: Ileus infolge congenitaler, analer Atresie.

Die *Tavel'sche Monographie* ist 110 Seiten stark und enthält so viel des Interessanten, speziell auch für den Gynækologen, dass deren Lektüre bestens empfohlen werden kann.

Dem Verleger der « Revue de Chirurgie », Herrn *Felix Alcan, Editeur in Paris,* ist der Herausgeber dieser Jahresschrift ganz besonders verpflichtet für die so liberale Ueberlassung sämtlicher 18 in Frage kommender Clichés.

Prof. Dr. E. Tavel, Bern :

Narbige Pericolitis postappendicularis.

Péricolite cicatricielle postappendiculaire.

(Revue Médicale de la Suisse romande, N° 1, pag. 5, 1904.)

Jedermann weiss, dass die Appendicitis die Bildung von Adhærenzen mit der Umgebung (Colon, Ovarium, Tube etc.) herbeizuführen im Stande ist; weniger scheint aber bekannt, dass diese Komplikationen und ganz besonders die Pericolitis nach dem akuten Anfall weiterbestehen können, selbst dann noch, wenn der Appendix ausgeheilt oder exstirpiert worden ist.

Anatomische Betrachtungen. Das Colon ascendens ist ziemlich breit an der hintern Abdominalwand fixiert, das Peritoneum bedeckt nur die vorderen und seitlichen Partien; eine circuläre Naht, ist aus diesem Grunde immer etwas Problematisches. Das Cœcum hat eine retroperitoneale Implantations- und Fixationsbasis, deren Ausdehnung wesentlich variert. Der Mesenterialstiel ist manchmal breit und kurz, ein andermal lang und schmal (*Cœcum vagabundum* nach *Roux*). Das Mesocœcum ascendens und das Mesocolon ascendens ist immer hinter dem betreffenden Darmabschnitte plaziert. Normalerweise hat die äussere seitliche Partie des Colon ascendens keine Befestigungen und ist nicht an die Abdominalwand fixiert, nichtsdestoweniger findet man so häufig Adhærenzen, dass man kaum an eine Anomalie zu denken wagt; diese Adhærenzen sind gewöhnlich ziemlich vascularisiert und haben sämtliche einen schiefen Verlauf; sie nehmen ihren Ausgangspunkt von der Bauchwand und steigen nieder, indem sie sich an die äussere Fläche des Colon ascendens und an's Cœcum anheften.

Man findet die innere Oberfläche des Colon ascendens nicht selten adhærent mit dem Rande des Epiploon; hier handelt es sich um pathologische entzündliche Prozesse.

Tavel hat in vorliegender Arbeit hauptsächlich diese neugebildeten Adhærenzen im Auge.

Das entzündete viscerale Peritoneum des Darmes geht aber ebenfalls eine narbige Schrumpfung ein, die sich parallel zur Axe des Darmes etabliert.

Beobachtungen:

1. Fall. 32-jährige Frau; erster Anfall von Perityphlitis im Jahre 1893, weitere leichte Anfälle bis 1895. Im Januar 1900 nach einem Abortus neuer Anfall von einigen Tagen.

Erste Operation am 3. Juli 1900. Sternincision nach *Roux*. Der nicht veränderte Appendix, sowie das vergrösserte und etwas adhærente rechte Ovarium (mit Tube) werden exstirpiert. Schluss der Bauchwunde. Die Schmerzen bestanden aber post operationem gleichwohl; man fühlt in der rechten Fossa iliaca einen beweglichen Tumor. Stuhl unregelmässig (Cœcumtuberkulose ?).

Zweite Operation am 23. April 1902. Cœcum normal, sehr beweglich; in der Mitte des Colon ascendens ein dicker Strang, der die äussere Darmfläche mit der Bauchwand

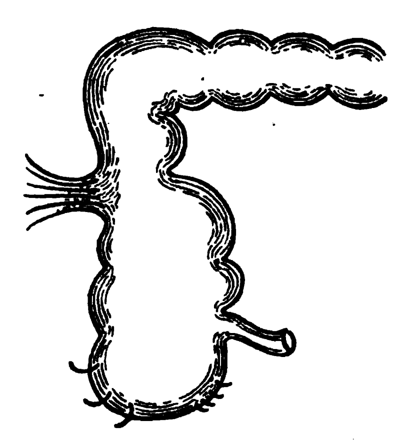


Fig. 24

verbindet. Fig. 24. Das Cœcum bildet mit dem untern Abschnitt des Colon ascendens eine Masse, die dank dem verlängerten Mesenterium sich um den beschriebenen Strang drehen kann. Dieser letztere wird durchtrennt und excidiert, hierauf das Cœcum eröffnet (keine Ulcerationen, keine Verengerungen). Um das Herumwandern des Cœcum zu verhüten, wurde seine seitliche, äussere Partie in der Fossa iliaca mit einigen Nähten fixiert. Heilung.

Die Kotstase im Cœcum kann man sich nur dadurch erklären, dass man eine Reflexirritation annimmt, hervorgerufen und unterhalten durch den dicken, narbigen Strang.

*2. Fall.** Während der Schwangerschaft beständig Schmerzen in der rechten Abdominalgegend. Zange am 15. November.

Der Bauch bleibt unterhalb der Lebergegend durch einen enorm grossen Darmtumor aufgetrieben, weder Winde noch Stuhl.

Operation am 18. Nov. Laparotomie. Das Colon ascendens ist durch einen 12 cm. breiten Strang an die seitliche Wand des Abdomens fixiert und bildet so eine Abknickung. Fig. 25. Cœcum wenig dilatiert; der Dünndarm leer, dagegen ist der Rest des

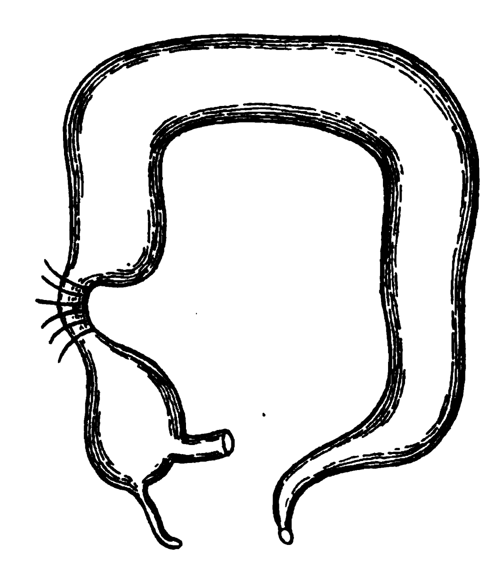


Fig. 25.

Colon ascendens, das Colon transversum und das Colon descendens bis in die linke Fossa iliaca stark dilatiert und mit Gasen angefüllt; im S. Romanum kein weiteres Hindernis. Es wird an 3 Stellen punktiert, um die Gase zu entfernen; der Strang wird incidiert. Heilung.

Auch hier ist eine narbige Pericolitis die Ursache allen Uebels, während man im Verlaufe der Gravidität an eine Perityphlitis dachte.

3. Fall. 26-jähriges Frl. 4. Mai 1902 Operation wegen Perityphlitis; neuerdings Schmerzen, jedoch von verschiedenem Charakter wie ante operationem; zur Zeit der Regeln nicht nur Schmerzen in den Eingeweiden, sondern besonders tief rechts im Becken. Das rechte Ovarium war seit der Perityphlitis immer empfindlich geblieben.

* Siehe *diesen Jahrgang*, p. 40 : *Prof. Tavel :* « Zur Diagnose des Sitzes der Occlusion beim Ileus ». (Fall 13. Fig. 15.)

2. März 1903. Cœcum sehr schmerzhaft auf Druck. Tumorbildung.

Diagnose: Periovaritis und narbige Pericolitis.

Operation: 4. März 1903. Rechtes Ovarium und rechte Tube exstirpiert. Die Narbe der früheren Appendicectomie ohne jede Entzündung und ohne Adhærenzen. In der Mitte des Colon ascendens ein starker Strang, der eine ausgesprochene Einschnürung herbeigeführt. Fig. 26. Durchtrennung des Stranges. Heilung. Ovarium und Tube ohne wesentliche Veränderungen.

Die Hauptursache der Schmerzen war hier wohl die Pericolitis.



Fig. 26.

4. Fall. 36-jährige Frau, seit dem 26. Altersjahre Schmerzanfälle im Abdomen; ausgesprochene Constipation; starke Metrorrhagieen; seit 3 Jahren verheiratet, keine

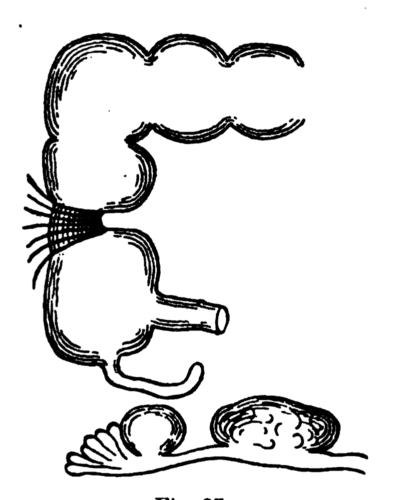


Fig. 27.

Kinder; am 18. Sept. 1902 sehr starke kolikartige Schmerzen, rechts im Abdomen;

ausgesprochene Resistenz in der Lumbalgegend; 40°, Zeichen von Darmocclusion. Zur Zeit der Regeln immer starke Schmerzen im Leibe.



Fovm. 28.

Diagnose: Narbige Pericolitis und Perioophoritis.

Operation am 5. Mai 1903. Das Colon ascendens stark adhærent; ein geschrumpfter Strang verengert das Darmlumen. Fig. 27. Proc. vermiform. frei, ohne Adhærenzen.

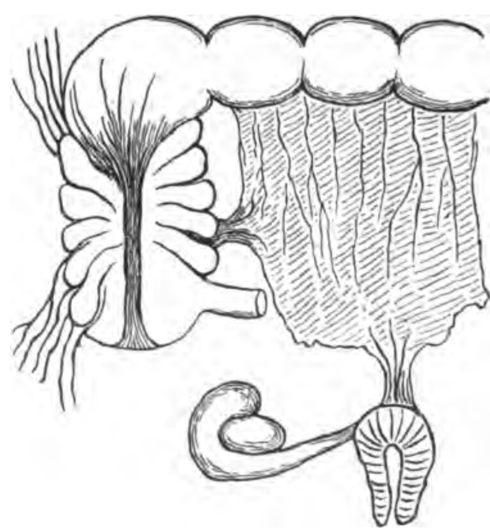


Fig. 29.

Exstirpation des letztern; Durchtrennung des Stranges und Befreiung des Çolon; Ovarium von Adhærenzen befreit. Tube zeigt eine haselnussgrosse seröse Cyste: Exstirpation der beiden Organe. Nur noch Schmerzen zur Zeit der Regel.

Hier handelt es sich um eine Beobachtung, die dartut, wie der erkrankte Proc. vermif., nachdem er zu Verwachsungen etc. Anlass gegeben, ausheilen kann.

5. Fall. 45 Jahre alt; von Mitte März 1902 bis Anfang Juni Appendicitis, ohne Fieber und Erbrechen. 8 Wochen Bettruhe; der chronische Verlauf und die immerwährenden Schmerzen lassen den behandelnden Arzt an eine Darmstenose in Folge von Tuberkulose oder Actinomycose denken.

Diagnose: Pericolitis nach Appendicitis.

Operation am 22. Sept. 1902. Der Proc. vermif. etwas hyperæmisch, abgeknickt, am Cœcum leicht adhærent, aber ohne Zeichen frischer Entzündung; das Colon ascendens durch schief verlaufende, nicht narbige Stränge fixiert. Von der Mitte des Colon ascendens geht ein Strang zum Colon transversum. Excision. Fig. 28. Nach einer längern Convalescens fühlt sich Pat. im Januar 1903 recht gut.

Hier, wie im Falle 1 und 3, hat man an Tuberkulose, an Actinomycose oder an einen malignen Tumor denken können.

6. Fall. 25-jähriges Frl.; mit 20 Jahren ein peritiphlytischer Anfall, ein Jahr später abermals; immer Schmerzen, besonders zur Zeit der Regeln; keine Constipation; Schmerzhaftigkeit in der Fossa iliaca dextra; Appendix von Fingergrösse.

Operation am 8. Febr. 1900. Sternförmige Incision nach *Roux.* Proc. vermiform. excidiert; erst am 5. Tage post operationem Stuhl.

Am 19. Mai 1902 fällt Pat. auf den Rücken, es bildet sich in einigen Stunden in der rechten Seite eine Resistenz; Harn enthält Blut. Von da ab Schmerzen in der Lumbalgegend, von der Blasengegend ausgehend. Häufiger Catheterismus: Cystitis und Pyelitis. Temperatur variiert von 38—40°, selbst einmal 44°,5 im Rectum. Häufiges Erbrechen während dieser Periode. Wanderniere; am 11. Febr. 1903 *Nephropexie.* Keine Wendung zum Bessern.

Diagnose: Perioophoritis und Pericolitis.

Operation am 20. Mai 1903. Das Colon ascendens sehr stark der seitlichen Bauchwand adhærent. Die vordere Tænia longitudinalis retrahiert und proeminent, so dass das Colon in querer Richtung gefaltet ist. Das Epiploon ist an mehreren Stellen am Dickdarm adhærent und ebenfalls am Fundus uteri. Rechte Tube und entsprechendes Ovarium sind unter sich adhærent; das Tubenende bildet eine kleine Cyste; die beiden Organe zusammen sind an der Wand des kleinen Beckens fixiert. (Fig. 29.)

Die Tænia longitudinalis wird exstirpiert und das Peritoneum mit Längsnaht darüber vereinigt. Die Stränge werden durchschnitten, die rechte Tube mit Ovarium entfernt und das Abdomen geschlossen. Heilung.

Die im Jahre 1900 gemachte Operation hatte keine Wendung zum Bessern herbeizubringen vermocht; die Revision des Colon wurde damals noch nicht systematisch unternommen. Der Mechanismus der Funktionsstörungen des Dickdarms erklärt sich aus der Fixation des letztern durch die beschriebenen Stränge.

7. Fall. Frl. X., 27 Jahre alt; mit 17/18 Jahren blutiger Auswurf; mit 25 Jahren starker Durchfall und Erbrechen; 3 Wochen später Schmerzen im Leibe und Aufgetriebensein, Erbrechen; mit 26 Jahren (1900) einige leichtere ähnliche Anfälle; im Februar 1901 und im Oktober 1902 weitere Anfälle.

Status: Ausgesprochene Sensibilität in der Gegend des Colon ascendens; man fühlt eine wurstartige Resistenz.

Diagnose: Post-appendiculäre Pericolitis.

Operation: am 10. Dez. 1902. Sternförmige Incision nach *Roux*; das Colon ascendens ist mit seiner äusseren, seitlichen Fläche an die Bauchwand vermittelst bandförmiger Adhærenzen fixiert. Fig. 30. Der Proc. vermiformis wird entfernt; die Schleimhaut der mittleren Partien ist injiciert, das Ende ist obliteriert. Heilung.

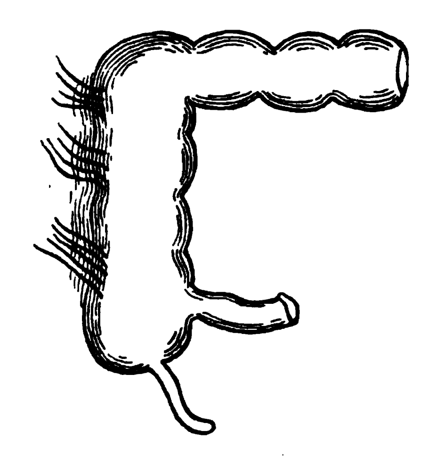


Fig. 30.

Hier wurde von mehreren Aerzten eine Spondylitis diagnosticiert; jedoch leitete die Coïncidenz der Rückenschmerzen und die Empfindlichkeit der abdominalen Resistenz zur richtigen Erkenntnis der Sachlage.

8. Fall. Frl. X., 31 Jahre; schon mit 7 Jahren Anfälle von Schmerzen im Leibe; zwischen dem 14. und 15. Lebensjahre Typhus mit starken Schmerzen rechts im Abdomen; von da ab nie mehr ganz gesund. Im 17. Lebensjahre starke Diarrhoe und Magenschmerzen.

Vom 19.—21. Lebensjahre fortwährend Rückenschmerzen; dann hartnäckige Diarrhœn. Im 27. Lebensalter abermals Diarrhœ; ein Spezialist in London diagnosticiert eine Perityphlitis und eine Ovarialerkrankung; Gehen ist beinahe unmöglich. In diesem Zustande kommt Pat. in Behandlung eines Chirurgen, der aber am Proc. vermif. nichts Abnormes findet; linkes Ovarium erkrankt, wird exstirpiert und das rechte wegen einer Cyste reseciert. Post operationem stellten sich die Diarrhoen abermals ein und dauerten bis zum Herbst 1902.

Status vom 10. Sept. 1903 (Prof. Tavel*).* Ausgesprochene Empfindlichkeit der rechten Fossa iliaca im Verlaufe des Colon ascendens; keine deutliche Resistenz.

Diagnose: Pericolitis nach Typhus.

Operation: 17. Sept. 1903. Proc. vermif. kurz, ohne Adhærenzen. Am Cœcum eine breite Adhærenz, die sich auf der Tænia longitudinalis inseriert und an die vordere Bauchwand anheftet.

Das Colon ascendens ist an die seitliche Abdominalwand fixiert.

Solide Stränge, die ebenfalls von der Tænia longitudinalis ihren Ausgang nehmen, legen das Colon ascendens in Falten. Fig. 31. Der Proc. vermif. wird amputiert und

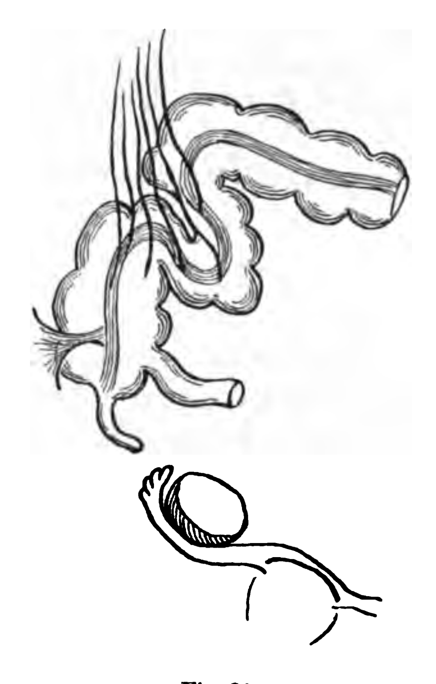


Fig. 31.

sämtliche Stränge excidiert, eine rechtsseitige Ovarialcyste enucleiert. Heilung.

Hier sieht man im Gegensatz zu den vorhergehenden Fällen die Diarrhoe vorherrschen; doch findet man, wie dort, die Rückenschmerzen, den gebückten Gang und die Schmerzanfälle in der rechten Seite.

Tavel macht nun, gestützt auf seine Beobachtungen, den Versuch, ein *klinisches Bild der Pericolitis* zu entwerfen:

Aetiologie: Perityphlitis, Typhus, Salpingitis.

Anatomie: Die so häufigen Adhærenzen des Colon mit der seitlichen Bauchwand verwandeln sich in narbige Stränge und stenosieren event. den betreffenden Darmabschnitt. (Siehe obige Darmabbildungen.)

Symptome: Lokaler Schmerz; auch nach dem Rücken ausstrahlende Schmerzen, Darmparese; Darmplätschern, Constipation, Diarrhoe; lokale

Ansammlung von Darminhalt, Erbrechen, Fieber. Eventuelle Komplikationen: Pericholecystitis, Perioophoritis.

Differential-Diagnose: Tuberkulose; Geschwülste des Colon ascendens (Cystitis, Hysterie, Spondylitis).

Therapie: Massage; Tinctura valeriana in hohen Dosen. Atropin gegen die Darmparese. Chirurgische Intervention: Mit Vorliebe Eröffnung des Abdomens in der Linea alba und feuchte Asepsis (Tavel: Revue de Chirurgie en 1902).

Bei einer Appendixoperation soll stets das Colon inspiciert werden.*

Prof. Dr. Tavel, Bern:

Zur Technik der radikalen Operation der Nabelbrüche.

Technique de l'opération radicale de la hernie ombilicale.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, N° 8, pag. 537, 1904.)

Nach einleitenden Worten bespricht Tavel die *Anatomie der Nabelbrüche*, dann gibt er einen *geschichtlichen Ueberblick* der Frage und eine *kritische Besprechung der operativen Verfahren.*

Tavel's radikale Operation der Nabelbrüche selbst setzt sich aus folgenden Akten zusammen:

1. *Leicht gebogene Incision der Haut* auf der grössten Wölbung des Bruches (Fig. 32).

Befindet sich der Nabel unterhalb des Bruches, was gewöhnlich der Fall ist, so sieht die Convexität der Incision nach dem Schwertfortsatz,

* *Anmerkung. Dr. Th. Landau* sagt zum Schlusse seiner neuesten Publikation: « *Wurmfortsatz und Frauenleiden* » (dieser Jahrgang: Ausländische Literatur) Folgendes, was für den Gynækologen von Interesse sein dürfte: « Es ist heutzutage modern, ja vielleicht bald nicht mehr modern, immerfort über Appendicitis zu sprechen. Ich glaube, dass es bald Zeit wird, sich mit einem anderen Abschnitt des Darmes zu beschäftigen, der auch mancherlei wichtige Krankheitsprozesse und Produkte erzeugt und doch bis heute im Ganzen ungekannt und unterschätzt das medizinische Interesse noch nicht genügend hervorgerufen hat, ich meine die *Sigmoiditis.* Viele Affektionen gynækologischer Natur treten sehr oft gerade zu diesem Teile des Darmtraktus in Beziehungen, so dass man meines Erachtens über « *Sigmoiditis und deren Beziehungen zur Gynækologie* » eben so viel sagen kann, wie über das Thema: «Wurmfortsatzentzündungen und Frauenleiden ».

im entgegengesetzten Falle nach den Schamfugen. Bei erwachsenen Personen und wenn die Haut infolge chronischer Entzündung adhærent ist, macht man die elliptische Incision nach *Kocher*.

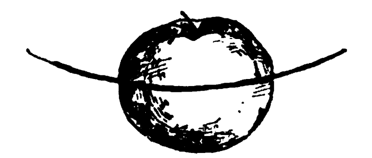


Fig. 32.

2. *Befreiung des Bruchsackes von der Haut.* Man beginnt damit oben, geht dann auf die seitlichen Partien über und greift zuletzt die Nabelgegend an; ist einmal die Lostrennung des Sackes unmöglich, so wird dessen Kuppe reseciert und der eröffnete Sack vorderhand mit einem Schieber geschlossen.

3. *Reposition des Bruchsackinhaltes.* Gelingt es nicht, durch Zusammendrehung des proeminentesten Punktes des Bruchsackes den Bruchinhalt zu reponieren, dann wird das Peritoneum eröffnet und müssen allfällige Adhærenzen zerstört werden; hierauf fasst man die grösste Wölbung des Sackes in einen Schieber und umschneidet den fibrösen Bruchring (Fig. 33).

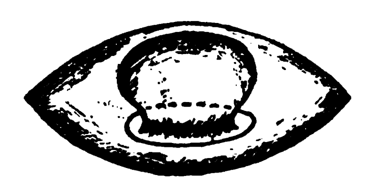


Fig. 33.

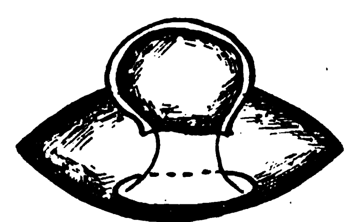


Fig. 34.

Ist dies geschehen, dann bildet der fibröse Sack auf dem peritonealen Sack gleichsam eine Haube (Fig. 34).

4. Man vergewissert sich, dass der Bruchsack keinen Bauchinhalt mehr in sich schliesst und beginnt dann erstern zu drehen (Fig. 35).

5. Während der so gedrehte Sack durch den Assistenten in seiner neuen Lage gehalten wird, wird dessen Base mit Seide ligiert (mit oder ohne Transfixion) und oberhalb der Ligatur abgeschnitten.

6. *Die Schliessung der Wunde* erfolgt bei obwaltenden Verhältnissen stets in transversaler Richtung (Fig. 36). Hierauf wird die Schliessung der Hautwunde vorgenommen.

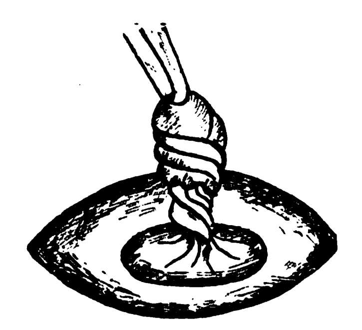


Fig. 35.



Fig. 36.

7. Gegen die Wunde lege man einen kleinen Gazetampon.

Tavel hat 8 Nabelbrüche von Kindern und einer beim Erwachsenen nach der *Kocher'schen Methode* operiert, sowie 10 Nabelbrüche von Kindern und 3 von Erwachsenen nach seinem Verfahren. Nie wurde eine Nekrose der Haut, nie ein Recidiv beobachtet; immer prima reunio.

Prof. Stoos, an dessen pædiatischer Klinik Prof. *Tavel* wirkt, ist der Ansicht, dass, wenn das Tragen einer Binde während einiger Monate nicht eine Verkleinerung des Nabelbruches herbeiführt, die Operation indiciert sei.

Dr. J. Wallart, Basel:

Ueber die Ovarialveränderungen bei Blasenmole und bei normaler Schwangerschaft.*

Aus der pathologisch-anatomischen Anstalt der Universität in Basel:
Prof. Dr. E. Kaufmann,
und aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. v. Herff.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Bd. LIII, Heft 1, 1904.)

Das Zusammentreffen von Eierstocksveränderungen und Blasenmole resp. chorioepithelialen Tumoren scheint kein zufälliges zu sein. Diese Beziehung aufzuklären, schien die Born-Frænkel'*sche Theorie* berufen zu sein, nach welcher das Corpus luteum eine Drüse mit innerer Sekretion ist, die nach der Befruchtung derart in Aktion tritt, dass sie diejenigen Stoffe ins Blut abgibt, die den Uterus und speziell die Mucosa für die Einbettung des befruchteten Eies vorbereiten sollen. Frænkel selbst nimmt an, durch die grossen Kysten werde das Corpus luteum geschädigt und könne der Entwicklung des Eies nicht mehr vorstehen und dieses beginne zu degenerieren.

L. Pick und Jaffé meinen, dass die Ueberproduktion von Luteingewebe ein Uebermass von chorioepithelialer Tätigkeit im Uterus (oder der Tube) zur Folge habe, wie sie als grundlegend für die Blasenmolenbildung angesehen wird.

Bei diesem Widerstreit der Meinungen kann es nur wünschenswert erscheinen, sämtliche Fälle von Blasenmole genau zu untersuchen und die erhobenen Befunde mitzuteilen.

* Siehe in der « *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie* », Bd. XXI, Heft 4 und 5, 1905. Das Sammelreferat von *Dr. E. Ihm:* « Die Bedeutung des Corpus luteum ».

In der *Basler Frauenklinik* gelangte ein Fall von bösartigem metastasierendem Tumor des Uterus nach Blasenmole zur Beobachtung, der von Wallart aufs Genaueste untersucht worden war (nebst Ovarien) und ihn zu folgendem Schlusssatze führte:

« *Wir finden in einem Falle von nach Blasenmole entstandenem malignen Tumor des Uterus in beiden Ovarien die Theca interna der meisten Follikel in epitheloides Gewebe, das sich als Luteingewebe erweist, umgewandelt, die Follikel selbst oft mehr oder weniger cystisch erweitert. Wir haben somit eine Massenproduktion von Luteingewebe in oft sehr unregelmässiger Anordnung und Gruppierung.* »

Behufs exakter Forschung hat es Wallart für nötig erachtet, den Befunden an den Ovarien bei pathologischer, solche bei normaler Gravidität gegenüberzustellen:

« *In der Gravidität findet eine Umwandlung der Theca interna vieler Follikel in ein epitheloides Gewebe statt, das dem Luteingewebe der wahren gelben Körper, was Form und Beschaffenheit der Elemente anbelangt, äusserst ähnlich sieht. Diese Follikel können sich zu Cysten (von Linsen- bis zu Haselnussgrösse) erweitern oder zu soliden Massen epitheloiden Gewebes umbilden. Wir haben also schlechthin eine Massenproduktion von « Luteingewebe » während der Schwangerschaft.*

Wir können also leicht einen Vergleich ziehen und kommen dabei zu dem interessanten Resultate, dass sowohl bei normaler als auch bei Blasenmolenschwangerschaft in den Ovarien die gleichen Veränderungen vorkommen, nämlich eine Massenproduktion von Luteingewebe und Bildung grösserer oder kleinerer Cysten, deren Wand zum Teil aus eben diesem Luteingewebe besteht. »

Das Literatur-Verzeichnis führt 30 einschlagende Arbeiten an; auf 3 Tafeln sind 8 kolorierte mikroskopische Abbildungen beigegeben.

Prof. Dr. M. Walthard, Bern:

Grundlagen zur Serotherapie des Streptokokkenpuerperalfiebers.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Bd. LI, Heft 3, 1904).

Walthard skizziert vorerst den heutigen Stand unserer Kenntnisse der Streptokokkeninvasion in's lebende Gewebe, sowie die Abwehrvor-

richtungen des Körpers, um an Hand derselben zu zeigen, in welcher Weise das uns heute zur Verfügung stehende Antistreptokokkenserum den Organismus zu schützen vermag.

Streptokokkenstämme, welche sich morphologisch und was ihre Biologie auf den künstlichen Nährböden anbelangt, durchaus gleich verhalten, wie die virulentesten Individuen einer menschlichen Streptokokkensepsis, können ihre Virulenz für lebendes menschliches Gewebe vollständig verlieren. — Anders verhält es sich mit der Produktion der Toxine dieser virulenzlosen Stämme. Dieselbe ist, wenn auch vielleicht vermindert, so doch keineswegs aufgehoben. Mit der Entfernung des Uterusinhaltes verschwindet zugleich die Möglichkeit einer weiteren Toxinbildung*; in anderen Fällen sehen wir die bekannten Fälle des Streptokokkenpuerperalfiebers mit Einwanderung der Streptokokken in das lebende Gewebe. Alle diese verschiedenen Zustände sind abhängig von der Summe der bactericiden Schutzkörper des Organismus und der Anpassungsfähigkeit der Streptokokken an diese.

Den heutigen Stand unserer Kenntnisse von den Vorgängen bei den Streptomycosen des lebenden Organismus fasst Walthard folgendermassen zusammen :

« Bei Infektion mit grossen Dosen virulenter Streptokokken sucht sich der Organismus (in gleicher Weise wie bei Infektion mit kleinen Dosen) durch seine antibacteriellen Schutzkörper (bactericide Wirkung des Serums und Phagocytose) der eingeführten Streptokokken zu entledigen. Die Streptokokken andererseits suchen sich durch Anpassung an diese Kräfte zu erhalten und zu vermehren, was in Form einer Kapsel sichtbar wird. Infolge der Abtötung der Streptokokken durch die bactericiden Körperkräfte werden deren toxische Proteine frei und vergiften den Organismus im Verein mit den Toxalbuminen und Toxinen, welcher demnach nicht nur durch Einwanderung der Streptokokken in die Blutbahn d. h. durch Bacteriämie, sondern auch durch Toxinämie bedroht wird.

Die Aufgabe einer Serotherapie der Streptomycosen zerfällt demnach in eine Prophylaxe des Bacteriämietodes und eine Prophylaxe des Toxinämietodes.

Aus experimentellen Untersuchungen verschiedener Forscher geht hervor, *dass die nachgewiesene Wirkung des Antistreptokokkenserums im*

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 66 : *Dr. M. Walthard :* « Die bacteriotoxische Endometritis ».

Sinne einer Stimulierung der antibacteriellen Schutzkörper ihre Schutzwirkung am vollständigsten und für den Organismus am vorteilhaftesten IM BEGINN *einer Infektion ausübt.*

Dass die Auffassung vom Toxinämietod auch für die Pathologie des Puerperalfiebers beim Menschen seine Geltung hat, zeigt eine persönliche Beobachtung. Aus derselben ist ersichtlich, dass das puerperale Exsudat der Bauchhöhle an Masse die gewöhnliche Exsudatmenge bei einer an Peritonitis puerperalis verstorbenen Wöchnerin um ein Vielfaches übertraf und das trotzdem post mortem das Herzblut im rechten Ventrikel steril gefunden wurde.

WALTHARD stellt in *Tabelle I* 7 Fälle von « *Streptomycosen des puerperalen Uterus mit Antistreptokokkenserum behandelt* » zusammen, die dartun, dass wir nach länger dauernder Infektion weder einen Einfluss im Sinne der Herabsetzung von Puls und Temperatur und Besserung des Allgemeinbefindens erwarten dürfen, dass im Gegenteil durch das vermehrte Zugrundegehen von Streptokokken und durch die akute Vergrösserung des Exsudates alle Krankheitserscheinungen nur um so heftiger zur Beobachtung gelangen.

Es ist selbstverständlich, dass der Gebrauch des Antistreptokokkenserums nur bei Puerperalfieber bedingt durch Streptokokken in Frage kommt (*In Tabelle II* betitelt: « Fieber im Wochenbett bei bakterienhaltigem (Streptokokken ausgeschlossen) Uterus, ohne Belag des Orificium ext. uteri » führt *Walthard* 3 Fälle an mit folgendem Bakterienbefund: 1. Pyocyaneus; 2. Staphylococcus albus; 3. Staphylococcus albus und Proteus.)

Aber auch nicht einmal in allen Fällen von Streptokokkenpuerperalfieber besteht eine Indikation zum Gebrauch des Antistreptokokkenserums, denn wir wissen, dass Streptokokken mit ausschliesslich saprophytischem Charakter, auch wenn dieselben Gelegenheit finden, sich im Uterus zu vermehren und das Bild der Sepsis durch reine Toxinämie hervorzurufen, trotzdem nicht in's lebende Gewebe eindringen.

Da wir wissen, dass das zur Zeit im Handel befindliche Serum *fast keine antitoxische Wirkung besitzt*, sondern lediglich die Entwicklung der Streptokokken im lebenden Gewebe verhindert, so liegt auch kein Grund vor, dieses Serum in Fällen anzuwenden, in welchen die Streptokokken überhaupt nicht in's lebende Gewebe eindringen.

Solche Streptomykosen des Uterus, bedingt durch Streptokokken mit saprophytischem Charakter, bedürfen keiner anderen Behandlung als

die Endrometritiden, bedingt durch echte Saprophyten, d. h. eine gründliche Entfernung und Befreiung des Cavum uteri seines toten Inhaltes. (*Tabelle III.* 3 Fälle von Streptomykosen der Uterushöhle ohne Belag des Orificium uteri externum).

Einzig die Tatsache, dass der saprophytische Streptokokke mit Entzug des Nährbodens in seiner Entwicklung gehemmt wird und infolgedessen die klinischen Symptome rasch verschwinden, was bei Infektion mit virulenten Streptokokken nicht der Fall ist, und ferner, dass der virulente Streptokokke auf Wunden einen Belag bildet, was die saprophytischen Streptokokken nicht tun, erlaubt uns die Diagnose zwischen Puerperalfieber, bedingt durch saprophytische Streptokokken und Puerperalfieber mit virulenten Streptokokken im Beginn zu unterscheiden.

Walthard *möchte demnach den Gebrauch des Antistreptokokkenserums in erster Linie in denjenigen Fällen empfehlen, in welchen kurz nach Beginn des Fiebers nach gründlicher Entleerung des Uterus die Temperatur nicht sinkt oder der Cervicalkanal und die Scheidenwunden schon einen Belag zeigen.*

Die beste Wirkung zeigt das Antistreptokokkenserum im Tierexperiment, wenn das Versuchstier vor der Infektion mit einem Multiplum der tötlichen Streptokokkendosis durch Antistreptokokkenserum prophylaktisch immunisiert wird. *In gleichem Sinne möchte Walthard den Gebrauch des Antistreptokokkenserums empfehlen bei der Ausräumung von inficierten Placentarresten und am Ende der Geburt bei Fieber sub partu.*

Zur Verwendung kam stets *das Tavel'sche Antistreptokokkenserum* und zwar deshalb, weil das Serum durch Immunisation der Pferde mit Streptokokkenstämmen verschiedenster Provenienz und ohne vorherige Tierpassage derselben gewonnen wird.

Doc. Dr. H. Wildbolz, Bern:

Ueber funktionelle Nierendiagnostik.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 13, pag. 425. 1904).

Verfasser bespricht zuerst kurz und klar die von Koranyi in die Praxis eingeführten Methoden der Blut- und Harnuntersuchung zur Bestimmung der Arbeitsleistung der Nieren.

Während die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes ein Urteil über die

Gesamtleistung der Nieren erlaubt und uns erkennen lässt, ob dieselben in genügender Weise die harnfähigen Substanzen aus dem Blute ausscheiden, gibt der Vergleich der Menge und der molekularen Konzentration der beiden Nierensekrete (Kryoskopie des Urins, mit oder ohne Ureterenkatheterismus) Aufschluss über den Arbeitsanteil einer jeden Niere an der vorher eruierten Totalleistung.

Schon Koranyi selbst lernte Fehlerquellen kennen, durch welche die diagnostische Verwertbarkeit der Blutkryoskopie Einschränkungen erleiden musste (Reduktion der Zufuhr von Stoffwechselprodukten in das Blut infolge von Stoffwechselstörungen: Anæmie, Kachexie, Hydræmie; Störungen der Blutzirkulation infolge grosser Abdominaltumoren etc.).

Weitere Fehlerquellen deckten Israel, Göbell und Stockmann auf, während Kümmell bei mehr als 500 Kranken den Gefrierpunkt des Blutes bestimmte und ihn bei normaler Nierenfunktion stets zwischen —0.54° und —0.58° fand. Lag der Gefrierpunkt bei —0.6° und tiefer, so konnte als Ursache dieses tiefen Standes stets Niereninsufficienz gefunden werden.

Wildbolz war nun in der Lage, bei 30 Kranken den Gefrierpunkt des Blutes zu bestimmen; bei 23 untersuchte er zugleich auch chemisch und physikalisch die getrennt aufgefangenen Urine beider Nieren. Die funktionelle Leistung einer jeden Niere wurde immer aus der Menge und der molekularen Konzentration des von jeder Niere während $^1/_2$-1 Stunde secernierten Urins bestimmt. (Beckmann'scher Apparat.)

Die Trennung des Urins der beiden Nieren suchte Wildbolz stets durch den Ureterenkatheterismus zu erzielen, da sich ihm die intravesikalen Harnseparatoren von Luys etc. als unzuverlässig erwiesen*.

Bei allen Kranken ergab die Bestimmung des Blutgefrierpunktes Resultate, welche mit den Erfahrungen von Koranyi, Casper und Richter, Kümmell u. a. übereinstimmen. Für die Zuverlässigkeit der aus den Ergebnissen der Blutkryoskopie zu ziehenden Schlüsse spricht in den *Wildbolz'schen Beobachtungen* in erster Linie der postoperative Verlauf von 8 Nierenexstirpationen.

Doch nicht nur die Erfahrungen bei den operierten Kranken sprechen für die Verwertbarkeit der Blutkryoskopie in der funktionellen Nierendiagnostik, sondern auch Beobachtungen an Nichtoperierten.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 220: *Dr. Wildbolz:* « Ueber den neuen Harnscheider nach *Luys* ».

Die *Ergebnisse der Wildbolz'schen Harnuntersuchungen* illustrieren andererseits den grossen praktischen Nutzen, den die Kryoskopie der getrennt aufgefangenen Nierenurine zu leisten im Stande ist. Durch die chemische und mikroskopische Untersuchung der Nierenurine kann bloss der anatomische Sitz der Erkrankung bestimmt werden. Durch die Beihilfe der Kryoskopie aber gelingt es ausserdem, über die *Ausdehnung* der Erkrankung, über ihren Einfluss auf die Leistungsfähigkeit der Nieren Aufschluss zu erhalten.

Wildbolz führt zum Schluss ein charakteristisches Beispiel der diagnostischen Bedeutung der Kryoskopie der getrennten Nierenurine an.

Die Kryoskopie des Blutes und die mit dem Ureterenkatheterismus kombinierte Gefrierpunktsbestimmung des Harnes leisteten in allen Wildbolz'schen Beobachtungen, was von ihnen erwartet wurde.

Dr. E. Wormser, Basel:

Ueber puerperale Gangræn der Extremitäten.

(Wiener klinische Rundschau, Nr. 516, 1904).

James Y. Simpson * hat schon im Jahre 1854 eine monographische Darstellung der arteriellen Formen puerperaler Extremitätengangræn geliefert; des Weiteren hat Wormser** selbst drei einschlagende Arbeiten veröffentlicht und in der vorliegenden neuen Bearbeitung von über 80 Fällen puerperaler Gangræn, von denen der Löwenanteil (58 Beobachtungen) dem Absterben *unterer* Extremitäten im *Wochenbett* zufällt.

Klinische Besprechung des Krankheitsbildes.

Erste Gruppe: die weitaus wichtigste umfasst diejenigen Fälle, bei welchen der Gliederbrand *im Anschluss an die Geburt* aufgetreten ist;

* *J. Y. Simpson:* « Pathological observations on puerperal arterial obstruction and inflammation. *Simpson's* Selected Obstetrical and Gynecological Works », ed. by *J. Watt* Black, Edinb., 1871, vol. I, S. 523 ff.

** *E. Wormser:* « Ueber spontane Gangræn der Beine im Wochenbette ». *Gyn. Helvet.* I, p. 56;

E. Wormser: « Nochmals zur puerperalen Gangræn der unteren Extremitäten ». *Gyn. Helvet.* II, p. 93;

E. Wormser: « Ein weiterer Fall von puerperaler Gangræn des Fusses ». *Gyn. Helvet.* II, p. 94.

ætiologisch kommt hier wohl ausschliesslich eine ***Infektion während oder kurz nach der Geburt in Betracht.*** (Thrombophlebitis, Endarteriitis obliterans, Embolie.)

Zweite Gruppe: umfasst die Beobachtungen von *Gangræn im Verlauf der Schwangerschaft.* Hier wird es im einzelnen Falle schwer sein, zu entscheiden, ob es auch ohne das Dazwischentreten der Geburt zum Absterben des Gliedes gekommen wäre.

Dritte Gruppe: wird gebildet durch die Fälle der sogenannten *Raynaud'schen Krankheit.*

Wormser ist geneigt, auch hier nur ein zufälliges Zusammentreffen anzunehmen.

Von den *66 Beobachtungen* der ersten Gruppe, der *puerperalen Gangræn*, betreffen 58 ausschliesslich die untere Extremität. *Die Häufigkeit ihres Vorkommens* ist glücklicherweise eine geringe. Das *Alter* spielt keine Rolle; dasselbe schwankt zwischen 17 und 40 Jahren; ebensowenig lässt sich ein begünstigendes Moment in einer *grösseren Zahl vorangegangener Geburten erkennen.*

Der interessanteste Punkt ist unstreitig die *Pathogenese* des puerperalen Gliederbrandes, die sich als recht mannigfaltig herausgestellt hat:

A. Obliteration im arteriellen System.

I. *Embolie.*

1. Bei Endokarditis.
2. Bei Kugelthrombus des linken Herzens.
3. Bei paradoxer Embolie.

II. *Arteriitis.*

1. Primäre Endarteriitis septica (toxica).
2. Sekundäre Endarteriitis, durch Uebergreifen der Entzündung von der benachbarten Vene her per contiguitatem.

III. *Thrombose.*

1. Primäre Thrombose, von der Art. uterina, resp. ihren Endästen in der Placentarstelle aus, aufsteigend.
2. Sekundäre Thrombose, bei gänzlicher Unterbrechung des Blutstromes im venösen Gebiet.

B. Obliteration im venösen System.

I. *Phlebitis.*

1. Primäre Phlebitis (Thrombophlebitis septica, toxica).
2. Sekundäre Phlebitis.

a) durch Fortleitung bei Metrophlebitis.

b) durch Uebergreifen der Entzündung von der benachbarten Arterie her per contiguitatem.

II. *Thrombose.*

1. Primäre Thrombose (z. B. in varikösen Venen beginnend).
2. Sekundäre Thrombose (bei Unterbrechung der Zirkulation der zugehörigen Arterie).

Von den von WORMSER gesammelten Fällen lassen sich 40 in das eben gegebene Schema einreihen:

Die Obstruktion betraf 9 mal ausschliesslich die Venen, 18 mal nur die Arterien und 13 mal beide Stromgebiete.

Das *klinische Bild* der puerperalen Gangraen ist verschieden, je nach der Pathogenese; da es sich wohl stets um eine Infektion als ætiologisches Hauptmoment handelt, so werden die Symptome des Kindbettfiebers den Zeichen des Gliederbrandes vorangehen.

In der Regel ist eine *Endometritis puerperalis septica* vorhanden; die Infektion hat sich von da aus, sei es auf dem Lymph- oder Blutwege, weiter ausgebreitet: es kommt zur Metrophlebitis, zur Phlebitis der Schenkelvenen, zu den Erscheinungen der puerperalen Thrombophlebitis oder Phlegmasia alba dolens.

In andern Fällen dringen die infektiösen Keime von der Eintrittspforte aus direkt in die Blutbahn und erzeugen entweder eine Endokarditis, oder aber die septischen Keime (event. Toxine) setzen sich ohne Weiteres an der Intima einer Arterie oder einer Vene fest und führen zur primären Thrombose des ergriffenen Gefässes.

Was die *Symptome* betrifft, so kommen in Betracht *ausserordentlich heftige Schmerzen, Fehlen der Arterienpulsation* unterhalb des Thrombus resp. Embolus; *herabgesetzte Sensibilität; livide Verfärbung, herabgesetzte Temperatur.*

Was den Eintritt einer *trockenen* oder *feuchten Gangraen* bedingt, ist nicht ganz sicher; es scheint darauf anzukommen, wie rasch die *vollkom-*

mene Unterbrechung der Zirkulation eintritt und in welchem Grade die äusseren Verhältnisse das Austrocknen begünstigen.

Sobald die Gangraen ausgebildet ist, hören meistens die vorher oft unerträglichen Schmerzen auf; dagegen wird das Allgemeinbefinden nicht selten bedeutend schlechter (Resorption abgestorbener Gewebsbestandteile).

Was *die Prognose* des puerperalen Gliederbrandes anbetrifft, so richtet sich dieselbe in erster Linie danach, ob rechtzeitig die Amputation ausgeführt werden kann oder nicht.

Von 54 Fällen wurden 24 amputiert, 30 nicht amputiert. Von den Amputierten genasen 18 und starben 6; von den Nichtamputierten starben alle.

Die *Mortalität* ist somit 66,6 %.

Die Prophylaxe fällt zusammen mit der Summe der aseptischen und antiseptischen Massregeln, die wir bei jeder Geburt zu treffen gewohnt sind.

Was die *Therapie* betrifft, so stehen wir der Entwicklung der Symptome machtlos gegenüber: Unterstützung der Zirkulation, Herztonica und Hochlagerung.

Dr. E. Wormser, Basel:

Zur modernen Lehre der Eklampsie.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Basel:

Prof. Dr. E. Kaufmann.

(Münchener Mediz. Wochenschrift, Nr. 1, 1904.)

Die modernen Forschungen über Immunität und Serumtherapie sind auch zur Erklärung der Ursache der Eklampsie herangezogen worden. Den Anstoss dazu gaben die Befunde von Schmorl, Veit u. A., welche im Organismus der graviden Frau fœtale Elemente (Syncytium, ganze Zotten) nachweisen konnten.

Bekanntlich wirkt jede Zellart, die künstlich in den tierischen Organismus eingebracht wird, als Gift; sie bildet, ganz allgemein gesprochen, ein « *Cytotoxin* », welches zur Erzeugung eines spezifischen Antikörpers im Blute des behandelten Tieres Veranlassung gibt; dieser Antikörper hat die Eigenschaft, die eingedrungenen Zellen aufzulösen *(Cytolysin)*. Nach dem Gesetze der Ueberkompensierung wird mehr Cytolysin gebildet, als zur Auflösung der eingedrungenen Zellen nötig ist; der Ueberschuss an « Cytolysin » findet sich dann frei im Blut.

Die Uebertragung dieser Tatsachen auf die Verhältnisse bei der Gravidität und der Eklampsie bot theoretisch keinerlei Schwierigkeiten; sie zeitigte vorderhand *3 verschiedene Theorien:*

Nach Veit sind es die im Uebermass in die mütterliche Blutbahn eingeschwemmten Placentarelemente, nach Ascoli die dagegen gebildeten, durch Ueberkompensierung zu reichlich entwickelten Syncytiolysine und endlich nach Weichardt die bei der Syncytiolyse frei gewordenen und nicht neutralisierten « Syncytiotoxine », welche das Krankheitsbild der Eklampsie zu erzeugen im Stande sind.

Wormser geht nun kurz auf weitere einschlägige Untersuchungen von *Liepmann, Weichardt* und *Opitz* ein, um endlich auf seine eigenen Untersuchungen zu sprechen zu kommen. Die von *Wormser* befolgte Technik wird ausführlich besprochen und deren event. Mängel klargelegt.

Wormser *hat nur negative Resultate erhalten;* eine « cytolytische » Eigenschaft des Serums konnte er nicht erkennen. Damit ist aber bereits ein gefährlicher Stoss gegen all' die Theorien geführt, welche der « Syncytiolyse » eine Rolle bei der Entstehung der Eklampsie beimessen.

Trotzdem Wormser also keine « Syncytiolyse » mikroskopisch wahrnehmen konnte, wollte er es doch nicht unversucht lassen, die Experimente von Weichardt nachzumachen. Die erhaltenen Resultate gestatten kein abschliessendes Urteil, sprechen aber dafür, dass *Weichardt* sehr vom Zufall begünstigt war, wenn er in einem Drittel seiner Fälle auf Tiere stiess, deren « natürliche Schutzvorrichtungen » der Ueberschwemmung mit « Syncytiotoxin » gegenüber versagten.

Weiterhin erstreckten sich Wormser's Nachprüfungen auf die Experimente von Ascoli. Im Gegensatz zu letzterem Forscher, der nach seinen Injektionen regelmässig Krämpfe und event. den Tod eintreten sah, hat Wormser bei 6 Tieren, die genau nach Ascoli's Vorschrift behandelt wurden, 3 mal gar keine Reaktion auftreten sehen; einmal wurde die Hirnrinde verletzt — das Tier starb —, 2 mal stellten sich kurzdauernde, nicht charakteristische Krämpfe ein, die völliger Genesung wichen. Diese Versuche sprechen nicht zu Gunsten der *Ascoli*'schen Auffassung vom Wesen der Eklampsie.

Zum Schlusse berichtet Wormser noch über den Ausfall der « Präzipitinreaktion ». Liepmann hatte nämlich durch Zusatz von Placentarstückchen zu dem spezifischen Serum eine Trübung, ein Präzipitat erhalten, ebenso bei Zusatz von Fœtal- und Retroplacentarbbutserum.

Dr. E. Wormser, Basel:

Ueber die Verwendung der Gummihandschuhe bei der manuellen Placentarlösung nebst Bemerkungen über die Ursachen der Retentio placentæ.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. v. Herff:
(Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 45, 1904.)

Wormser* hat bereits vor 4 Jahren über eine allerdings nur geringe Zahl von Placentarlösungen mit Gummihandschuh berichtet; es werden nun weitere Beobachtungen der Basler Klinik mitgeteilt:

In der Klinik wurde in den Jahren 1900 bis April 1904 die manuelle Placentarlösung 47 mal ausgeführt, davon 20 mal mit und 27 mal ohne Gummihandschuhe.

Von den 20 « Handschuhfällen » starb einer. Dieser Todesfall ist jedoch in keiner Weise der in Frage stehenden Operation zur Last zu legen; es verbleiben somit 19 Fälle, von welchen 7 Fieber im Wochenbette darboten. (Gesamtmortalität 36,7 %.) Das Fieber war in einem Fall durch eine beginnende Mastitis verursacht (reduzierte Morbidität somit 32,1 %). Nur in einem Falle trat eine schwerere Infektion auf (Endometritis puerperalis streptococcia, Phlegmasia alba dolens duplex, Lungenembolie). Geheilt entlassen. — Von den 19 « Handschuhfällen » haben also 63,3 % ein afebriles Wochenbett durchgemacht.

Setzen wir daneben die *ohne Handschuhe* operierten 27 Fälle. Von diesen endete einer tötlich; Patient kam aber schon schwer septisch ins Krankenhaus. Es bleiben somit zur Beurteilung 26 Fälle übrig, von denen 13 = 50 % im Wochenbett von Fieber gefolgt waren: 9 mal war das Fieber nur 1—3 Tage dauernd; in 2 Fällen blieb die Temperatur mehrere Tage lang hoch, kehrte dann jedoch wieder zur Norm zurück; in den 2 letzten Fällen endlich ist das Fieber sehr wahrscheinlich extragenitalen Ursprungs.

Nach Abzug von 5 Fällen bleibt eine « reduzierte Morbidität » von 38,0 %. Schwerer erkrankt, aber doch ganz geheilt, ist davon 1 Fall = 4,8 %. Die Mortalität ist gleich Null.

* Siehe *Gyn. Helvet.* I, p. 59: *Dr. E. Wormser:* « Ueber den Gebrauch von Handschuhen in der Chirurgie und Geburtshülfe ».

Die Unterschiede sind in den Wochenbettresultaten nicht gerade ausserordentlich frappante.

Allerdings wurden bei den ohne Handschuhe Operierten viel häufiger *subfebrile Stadien,* Temperaturen zwischen 37,6—38° konstatiert; nach *Wormser's*** früheren Untersuchungen entgeht übrigens bei nur zweimal täglich vorgenommener Temperaturmessung ein beträchtlicher Teil gerade der « subfebrilen » Fälle der Bezeichnung « fieberhaft »; würde man 2-stündlich gemessen haben, so wäre das Verhältnis der ohne Handschuhe Operierten zu den « Handschuhfällen » noch weiter zu Ungunsten der Ersteren verschoben worden.

Deutlicher als bei den klinischen Fällen ist der Unterschied in der *Morbidität der poliklinisch ausgeführten Placentarlösungen:* In den Jahren 1900 bis April 1904 wurde diese Operation 25 mal ausgeführt, ohne konsekutiven Todesfall. Von den 25 Fällen wurden mit Handschuh operiert 11, ohne Handschuh 14. Von den *11 Handschuhfällen* machten 9 ein afebriles Wochenbett durch; nur einmal war das Wochenbett durch leichtes Fieber aus genitaler Ursache gestört. Morbidität 9,9 %. Schwerere Erkrankungen fehlen. Unter den *14 ohne Handschuhe operierten Fällen* war 5 mal das Wochenbett fieberhaft, jedoch gefolgt von völliger Heilung. Die Morbidität ist somit 35,7 %; schwerer infisziert waren 2 Frauen = 14,3 %. Mortalität gleich Null.

Vergleichen wir diese Zahlen mit denen der ersten Serie, so ergibt sich Folgendes: Von den poliklinischen Handschuhfällen fieberten aus genitaler Ursache 9,9 %, von den ohne Handschuh operierten 35,7 %; schwerer erkrankten von den Ersteren 0, von den Letzteren 14,3 %.

Es ergibt sich daraus mit Notwendigkeit der Schluss:

« *Dass die mit sterilem Gummihandschuh bekleidete Hand bei der manuellen Placentarlösung weniger oft und zu weniger schweren Infektionen Veranlassung gibt als die Unbekleidete.* »

Wormser kommt im weiteren Verlauf seiner Arbeit auf den Wert der *Ahlfeld'*schen « *Heisswasser-Alkohol-Dssinfektion* » zu sprechen, mit welch' letzterer man eine wirkliche Keimfreiheit der Hände nicht erzielt, eine Tatsache, die zur *dringenden Empfehlung der Gummihandschuhe für die manuelle Placentarlösung in der Tätigkeit des praktischen Arztes* führt; *denn einmal ist eine absolute Desinfektion der Hände eben doch*

** Siehe *Gyn. Helvet.* I, p. 55: *Dr. E. Wormser:* « Wie erfährt man am besten die höchsten Tagestemperaturen im Wochenbett? »



nicht und jedenfalls nicht unter den Verhältnissen der Praxis möglich und zweitens spricht für die Verwendung des Handschuhes, *die Ruhe vor dem eigenen Gewissen und vor Verdächtigungen oder gerichtlichen Klagen.*

Wormser verbreitet sich dann über den *Gebrauch der Gummihandschuhe* und macht einige *Angaben technischer Natur;* zum Schluss bespricht er kurz noch einen Punkt der *Aetiologie der Placentarretention:*

« Eine nicht seltene Ursache der Retention ist ein *falscher Lösungsmechanismus der Placenta.* Dieser beruht darauf, dass die Placenta, die an der einen Kante oder Tubenecke oder auf der Zwischenwand eines Uterus subseptus etc. aufsitzt, weder durch die Kontraktionen des Uterus noch durch einen von aussen einwirkenden Druck von ihrer Unterlage abgelöst werden kann. »

Wormser selbst hat eine ganze Anzahl solcher Fälle beobachtet und teilt zwei charakteristische Beispiele davon mit.

II.

Dissertationen.

Dr. G. Alder, Schwellbrunn:

Ueber Nabelschnurbrüche*.

Aus dem Kreisspital Oberengadin in Samaden:

Chefarzt Dr. O. Bernhard.

(Druck von Aschmann & Scheller in Zürich, 1904.)

Die Beobachtung von Nabelhernien, die sich in der Embryonalperiode gebildet haben, ist besonders bei rechtzeitig und lebend geborenen Kindern nicht häufig. Bei dem im Ganzen also seltenen Vorkommen dieser Bruchart dürfte ein von Alder beobachteter Fall von *Hernia funiculi umbilicæ* interessant sein:

3 Tage alter Knabe, der am Ende einer normalen Schwangerschaft geboren wurde. An der vorderen Bauchwand sitzt ein halbkugelförmiger Tumor, dessen Oberfläche von einer gelblichen Membran von lederartiger Konsistenz überzogen ist. Am Rande setzt sich diese den Tumor bedeckende Hülle, wie in einem Falze gegen die gesunde Bauchhaut ab. Der Umfang an der Basis der Geschwulst beträgt 24 cm., die Höhe 10 cm. Eine vorsichtige Palpation ergibt, dass den Inhalt des Tumors Darmschlingen bilden; ausserdem fühlt der untersuchende Finger in der oberen Hälfte ein resistenteres Organ, das als Leber anzusprechen ist. An der Oberfläche der Geschwulst, etwa im unteren Viertel, inseriert der mumifizierte Nabelstrangrest.

Laparotomie: Incision an der linksseitigen Peripherie des Tumors; die Membran wird in toto stumpf abgelöst und am Falze mit der Scheere abgetragen; die Leber

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 214: *Dr. Walthard:* « Demonstration einer Nabelschnur-Hernie ».

präsentiert sich mit der konvexen Fläche als über mannsfaustgrosser Tumor. Die Reposition der Leber und der massenhaft hervorquellenden kollabierten Dünndarmschlingen macht sehr grosse Schwierigkeiten; vorherige Erweiterung der Bauchwunde in der Mittellinie bis über den Proc. xyphoid. Defekt wird mühsam mit Seidenknopfnähten geschlossen. Chloroform-Narkose. *Exitus* im Collapse.



Fig. 37.

Sektionsbericht. Wundnaht fest verklebt; trüb aussehendes, etwas verdicktes Perit. parietale. Derjenige Teil des Perit. pariet., der in den Bereich der Wundnaht fällt, zeigt ziemlich diffus-eitrigen Belag; derselbe existiert auch auf der konvexen Oberfläche der in der Mitte des Bauches dicht auf der Wunde liegenden sehr kleinen Leber. *Diagnose:* Peritonit. adhæsiva et purulenta circumscripta. Perihepatitis convexit.

Bis zum Jahre 1892 hat Lindfors das einschlägige Material gesammelt: « *Zur Lehre vom Nabelschnurbruch und seiner Behandlung* ». (v. Volkmanns S. Kl. Vort. N. F. Nr. 63; 1893). Alder stellt nun in übersichtlicher Tabellenform die Beobachtungen, 62 an der Zahl, bis zum Jahre 1903 zusammen.

Nach einem kurzen *geschichtlichen Ueberblicke* der Frage der Nabelschnurbrüche kommt ALDER auf die *anatomischen Verhältnisse und auf die Aetiologie der Omphalocele* zu sprechen; er streift kurz die «*Beziehungen zwischen Nabelschnurbrüchen und Geburtsverlauf*».



Fig. 38.

Die mit dieser Missbildung behafteten Kinder sterben recht häufig intrauterin ab und zwar um so mehr, als sich oft noch andere Bildungsfehler vorfinden. Zu einem wirklichen Geburtshindernis werden sie wohl selten Veranlassung geben. Ganz anders liegen die Dinge bei operativen Geburten; so können z. B. hochgradige Verbiegungen der Wirbelsäule eine Wendung sehr erschweren, ja unmöglich machen.

Die *Prognose der Nabelschnurhernien* war bis in die neueste Zeit hinein noch eine recht trostlose. Die *einfachste Behandlungsart* ist der *Deckverband;* ebenso primitiv ist die *Kompressionsmethode.*

Die übrigen Behandlungsmethoden kann man unter den Begriff der *Radikaloperation* bringen; es kämen in Betracht:

1) *Die einfache Ligatur.* Sie konnte nur bei kleineren und reponiblen Brüchen ausgeführt werden.

2) *Die percutane Ligatur nach Breus.* Nach erfolgter Reposition des Bruchinhaltes wird mit einer Klemme der Bruchsackhals im Bereiche der Haut abgeschnürt und hierauf der Bruchsack abgetragen. Unterhalb der Klemme werden dann 3 oder mehr starke Seidenligaturen angelegt.

Diese beiden oben angeführten Verfahren sind so ziemlich verlassen worden.

3) *Die Olshausen'sche extraperitoneale Methode.* Sorgfältige Abpräparierung der amniotischen Hülle, Unterbindung der Nabelgefässe, Anfrischung der Hautränder und, nach Reposition des Bruchinhaltes, Naht der Bauchdecken über dem in der Längsrichtung eingefalteten Peritoneum. (Modifikationen von Dohrn und Ahlfeld.)

4) *Die Laparotomie.* Bauchschnitt, Reposition des Bruchinhaltes, Exstirpation des Bruchsackes, Anfrischung der Wundränder und Naht.

Von einschneidender Bedeutung scheint die Frage zu sein, *wann operiert werden soll. Watravens* hat ausgerechnet, dass die ersten 24 Stunden 80 % Heilungen ergeben, nach 48 Stunden aber nur noch 33 %.

Bezüglich der *Narkose* ist zu bemerken, dass Uebereinstimmung nicht besteht. Die einen operieren überhaupt ohne Narkose; wenn eine solche aber angewandt wurde, dann nahm das Chloroform eine Vorzugsstellung ein!

Alder gibt zum Schlusse eine *casuistische Zusammenstellung* der publizierten Fälle. Er hat in der Litteratur 127 Fälle aufgefunden, wovon 72 per laparotomiam behandelt wurden, mit 20 letal verlaufenen Fällen. (27 % Mortalität.) Todesursache in weitaus den meisten Fällen: Peritonitis.

Die Arbeit führt 52 einschlagende Publikationen an.

Dr. HERMANN BODMER, Zürich:

Zur Casuistik der Uterusrupturen *.

19 Fälle aus der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik in Zürich aus den Jahren 1888-1902:

Prof. Dr. Th. WYDER.

(Buchdruckerei Juchli & Beck, Zürich 1904.)

Im Jahre 1875 hat BANDL seine Beobachtungen über den Mechanismus der Gebärmutterzerreissungen in einer Monographie niedergelegt und damit eine wissenschaftliche Grundlage geschaffen.

Der Vorgang der Uterusruptur ist ein rein mechanischer. BANDL und FREUND waren der Ansicht, dass zum Zustandekommen einer Zerreissung eine Fixation der Cervix infolge Einklemmung durch den vorangehenden Kindsteil (Kopf) unbedingt notwendig sei; allein heute ist man fast allgemein der von HOFMEIER & OLSHAUSEN begründeten Ansicht, dass die BANDL-FREUND'sche Einklemmung nicht unbedingt notwendig sei, sondern dass die normalen anatomischen Befestigungsapparate der Cervix (Scheide, lig. lata und lig. sacro-uterina) genügen, um eine Ueberdehnung des Uterusmuskels zustande kommen zu lassen.

Das Hindernis, das die Mechanik der Geburt beeinflusst, kann in den *Geburtskräften,* im *Geburtskanal* und im *Geburtsobjekt* liegen. Nach diesen drei Gesichtspunkten wird man die *Aetiologie der Uterusrupturen* in jedem einzelnen Falle zu erforschen haben.

BODMER gedenkt zuerst der allgemeinen und speziellen mechanischen Faktoren, die Ursache einer zu Uterusruptur führenden Geburtsstörung sein können, dann erwähnt er diejenigen Momente, die ohne besonderes Geburtshindernis einen Uterus ruptieren können, Momente, die meist in angeborenen oder erworbenen Abnormitäten der Gebärmutter selbst liegen** und letztere direkt zu einer Ruptur prädisponieren.

Hierher gehören in erster Linie die zahlreich beschriebenen Fälle von

* Siehe *Gyn. Helvet.* I, p. 88: *Dr. R. Schnyder:* « Ueber den Mechanismus und die Therapie der Gebärmutter- und Scheidenrisse ».

Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 137: *Dr. E. Oswald:* « Ueber Uterusruptur bei manueller Placentarlösung ».

** Siehe *diesen Jahrgang,* p. 6: *Dr. R. v. Fellenberg:* « Zur Narbendehiscenz in der Wand des graviden Uterus nach früheren gynækologischen Operationen ».

Ruptur bei Uteri mit Narbenbildung infolge früher überstandener Rupturen und Kaiserschnitte.

Uterusrupturen nach früherer sectio cæsarea finden sich unter dem *Wyder'schen Materiale* keine, obgleich die Zahl der ausgeführten Kaiserschnitte eine recht ansehnliche ist; dagegen finden sich darunter sicherlich solche Fälle, von denen man annehmen darf, dass bei schweren, früheren Geburten nicht nur eine sehr starke Dehnung, sondern ganz direkt mehr oder weniger tiefe Risse im gedehnten unteren Uterussegment (Cervix) zustande kamen. (Typisches Beispiel.)

Unter den andern, durch Missbildung des Uterus bedingten und zu Zerreissung prädisponierenden Momenten spielt die *congenitale Hypoplasie der Gebärmutter* eine grosse Rolle (2 Fälle). Die ætiologische Bedeutung der *Placenta prævia* kommt in einer weiteren Beobachtung zum Ausdruck.

Viele Autoren schuldigen auch eine *anhaltende Dehnung des unteren Uterussegmentes* und daraus resultierende folgeschwere histologische Veränderungen in der Muskulatur an, die während der betreffenden oder einer spätern Geburt verhängnisvoll werden können.

Neben dieser mehr oder weniger lokalen Prädisposition wird auch eine durch *konstitutionelle Krankheiten* begründete Prädisposition angenommen, durch welche der ganze Organismus hochgradig geschwächt werden kann. (Tuberkulose, Lues, Morphinismus.)

Bodmer konstatiert, dass in fast allen seiner Fälle Cervix und unteres Uterussegment den Sitz des Risses bildete oder dass letzterer von hier aus sich gegen den Fundus hinaufzog.

Unter 18 Rupturfällen während der Geburt sind 14 sicher komplet.

Symptome der eingetretenen Ruptur: Die meist nach einer Wehe sich plötzlich einstellende Veränderung der lokalen Verhältnisse (Lage des Kinds, Form des Uterus etc.), der durch den Riss bedingte allgemeine Shock und die intraperitoneale Blutung kombinieren ein allgemein bekanntes Krankheitsbild.

Symptome der drohenden Ruptur: Diese beschreibt v. Franqué sehr anschaulich folgendermassen:

« Prägt sich auf dem Abdomen die ominöse Achterfigur des Uterus mit dem schräg in Nabelhöhe oder noch höher verlaufenden Kontraktionsring in der Mitte, dem oft tetanisch kontrahierten Hohlmuskel darüber, dem auf's äusserste verdünnten, auf Druck schmerzhaften unteren Uterinsegment darunter aus, sieht und fühlt man die lig. rotunda wie

Telegraphendrähte straff gespannt und, wenn sie beide sichtbar sind, mit dem Uteruskörper eine Art Galgenfigur bildend (Freund) unter den Bauchdecken herabziehen, ist Atmung und Puls beschleunigt, die Temperatur erhöht, sind die Schmerzensäusserungen auch in der Wehenpause anhaltend, macht die Kreissende mit ihrem angsterfüllten Gesichtsausdruck und eigentümlich unruhigen Wesen den Eindruck einer Schwerkranken — dann gibt es für den gewissenhaften Geburtshelfer nur eine Indication, nämlich den Geburtskanal möglichst rasch zu entleeren, ohne ihn weiterer Dehnung auszusetzen ».

Die Prognose der Gebärmutterzerreissungen ist zu allen Zeiten als eine sehr schlechte angesehen worden. Die Kinder sind dabei wegen der raschen Placentarlösung so gut wie immer verloren; in der Mehrzahl der Fälle erliegt auch die Mutter einer starken Blutung, einer allgemeinen Sepsis oder endlich der Shockwirkung. Von 17 in Betracht kommenden Frauen der *Zürcher Frauenklinik* sind 10 an der Ruptur gestorben (Mortalität von 58,8 $^0/_0$) und 7 geheilt. Von diesen 10 Todesfällen sind 8 komplete und 2 inkomplete Rupturen; unter den 7 geheilten befinden sich 5 komplete und zwei inkomplete Zerreissungen.

Hinsichtlich der direkten Todesursachen spielen Verblutung und septische Peritonitis die grösste Rolle; 4 mal ist Peritonitis, 5 mal Verblutung und 1 mal Luftembolie als Todesursache angegeben.

Von den 10 Todesfällen sind die beiden mit inkompleten Rupturen an Verblutung gestorben, bei den 8 vollständigen Zerreissungen wird 4 mal Peritonitis und 3 mal Verblutung als Todesursache genannt, 1 mal Luftembolie.

Von einer einheitlichen Therapie dieser Geburtskomplikation kann vorderhand keine Rede sein. Das Hauptgewicht wird man immer auf *die Prophylaxe* der Uterusrupturen legen müssen: richtige Lagerung der Kreissenden, Aufbinden eines eventuellen Hängebauches, frühzeitige klinische Beobachtung bei überstandener Ruptur und wieder eingetretener Schwangerschaft etc.

An der Wyder'schen Klinik gelten folgende Regeln:

Sind *die Symptome drohender Uterusruptur noch nicht ausgesprochen* und ist das Geburtshindernis nicht zu gross, so wird zu möglichst ausgiebiger Anwendung der Bauchpresse angeraten; sind aber einmal *drohende Erscheinungen manifest,* so wird die Frau genau beobachtet, die Aktion der Bauchpresse streng verboten und eventuell auch die Wehentätigkeit (durch Narkotica) ausgeschaltet. Ist es nicht mehr möglich,

fehlerhafte Einstellungen der Frucht zu korrigieren, bestehen gar Zeichen der Dehnung bezw. Ueberdehnung des untern Uterinsegmentes, dann wird man mit besonderer Vorsicht darauf bedacht sein, dem gefährlichen Geburtshindernis durch künstliche Entleerung des Geburtskanals aus dem Wege zu gehen, so rasch und so schonend wie möglich. Diejenige Entbindungsart ist die beste, die am wenigsten Raum im Uterus und Becken beansprucht. Selbstverständlich wird man dafür Sorge tragen, womöglich das kindliche Leben zu erhalten, wird dadurch aber die Gefahr für die Mutter erhöht, so trägt heute kein Geburtshelfer mehr Bedenken, das Kind der entbindenden Operation zu opfern. (Eventuell Sectio cæsarea resp. Symphyseotomie.)

Am häufigsten wird man in den Fall kommen, ein in Schädellage befindliches Kind rasch entwickeln zu müssen. Ist das Kind bereits tot, so kommt wohl als einzige Entbindungsart nur die Perforation in Betracht. Bei lebendem Kind und zangengerechter Einstellung des Kopfes im Beckenausgang, wird, sofern nicht die Verhältnisse allzu drohend sind, stets noch ein Zangenversuch gemacht; führt aber dieser vorsichtige Versuch und *nur* dieser nicht zum Ziel, so wird demselben sofort die Perforation, auch des lebenden Kindes, angeschlossen. Ist der Kopf noch hoch in der Beckenhöhle, oder hat er zum kleinen Teil nur den Beckeneingang passiert, so kann man nach Hofmeier denselben von aussen in's Becken drücken, daselbst fixieren und dann den Forceps anlegen. Dass dieser *Hofmeier'sche Handgriff,* ausgeführt von einem geübten und vorsichtigen Geburtshelfer, ein lebendes Kind zu Tage fördern kann, hatte Bodmer selbst zu beobachten die Gelegenheit. — Bei eingekeilter Querlage, mit oder ohne Vorfall von Gliedern und lebendem Kind wird in der Regel noch ein schonender Wendungsversuch gemacht. Eine schwierige Wendung zu forcieren und zu erzwingen, davor kann nicht oft genug gewarnt werden.

Hinsichtlich der *Therapie der bereits eingetretenen Zerreissung* ist folgendes zu bemerken:

Selbstverständlich wird man sofort dafür zu sorgen haben, dass die Frau rasch und möglichst schonend (meistens vaginal) entbunden wird. Bei inkompleten Rupturen, auch in den seltenen Fällen wo das Kind ganz oder teilweise unter das unverletzte Bauchfell ausgetreten ist, wird die vaginale Entbindung ohne Bedenken vor sich gehen können. Ebenso ist ihre Zweckmässigkeit bei kompleten Rupturen allgemein anerkannt, sofern der vorangehende Kindsteil sich noch im Geburtskanal befindet.

Bei vollständigem Austritt des Kindes in die Bauchhöhle besteht eine absolute Indikation zur Entfernung des Kindes durch Laparotomie dann, wenn bei der unentbundenen Frau die sectio cæsarea indiciert gewesen wäre, d. h. bei so hochgradiger Verengerung des Beckens, dass ein Durchziehen des kindlichen Körpers durch den Geburtskanal unmöglich wäre. Wyder führt, wenn das ganze Kind oder der grösste Teil desselben durch die Bauchhöhle ausgetreten ist, die Laparotomie aus, zur Entbindung der Frau, zur Blutstillung und zur Bekämpfung einer beginnenden Peritonitis. (2 eigene instruktive Fälle.)

Therapie der Uterusrupturen bei der bereits entbundenen Frau: Die idealste Wundbehandlung ist natürlich möglichst frühzeitige Laparotomie und Naht des Risses. Sehr oft sind aber die Verhältnisse derart, dass die Entfernung des Uterus das zweckmässigste und kürzeste Verfahren ist.

Bodmer stellt dann des Weiteren die Wyder'schen Fälle nach der befolgten Therapie und nach den Erfolgen zusammen: I. Nicht operative Fälle. II. Operative Fälle. Dann wird eine tabellarische Uebersicht der 19 Beobachteten eingefügt; den Schluss bilden endlich: « Auszüge aus den Krankengeschichten ».

Dr. B. Braïlowsky, Lausanne:

Historischer Ueberblick zur Frage der Placenta prævia.

Aperçu historique sur le Placenta Prævia.

(Imprimerie Georges Bridel & Cie., Lausanne, 1904).

Während der Jahre 1621—1761 erklärte man sich die Entstehung der Placenta prævia dadurch, dass man annahm, die Placenta trenne sich vom Fundus uteri ab und falle auf den Halsteil, aber schon 1685 konstatierte Portal in klinischer Hinsicht die Existenz der Placenta prævia und Schacher (1709) und Petit (1722) wiesen sie anatomisch nach.

Bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts hatten die Geburtshelfer nur den einen Gedanken, die Gebärende so schnell wie möglich von dieser Anomalie zu befreien; die einzig in Betracht kommende Methode bildete das *Accouchement forcé:* man soll so schnell wie immer möglich die Eihäute eröffnen, die Placenta perforieren und den Fœtus an den Füssen fassen und extrahieren.

Louise Bourgeois (1619), Mauriceau (1668), Portal (1685), Peu (1695), Dionis (1721), Smellie (1751), Deleurye (1770), Astruc (1766) und endlich Levret (1770) praktizieren einer nach dem andern das Accouchement forcé.

Die Methode von Puzos, die in der Ruptur der Eihäute bestand, fand wenig Anhänger.

Die Methode von Cohen fand keinen Eingang.

Die *Tamponade*, vorgeschlagen von Leroux (1776), wird überall ein wenig in Anwendung gebracht, besonders in Frankreich, aber die meisten Anhänger der Braxton-Hicks-Methode verwerfen sie; diese letztere steht ganz besonders in Deutschland, England und der Schweiz in Ansehen; die Tamponade wird in der Folgezeit adoptiert von den Anhängern der Pinard'schen Methode und den Anhängern der Ballons (Barnes, Chassagny, Champetier de Ribes).

Die Methoden von Simpson und von Bunsen haben heutzutage keine Bedeutung mehr.

Viele Geburtshelfer sind nach und nach der Ansicht geworden, dass die Behandlung der Placenta prævia sich nach dem einzelnen Falle zu richten habe und dass bei der Wahl der Zustand der Cervix in Betracht gezogen werden müsse:

Besteht eine geringe Blutung, dann soll man abwarten; besteht eine stärkere Blutung während der Schwangerschaft oder während der Geburt, dann soll man tamponieren, sei es mit Colpeurynter oder Ballon oder indem man Jodoformgaze in den Cervicalkanal einführt; dieses letztere nur so lange, als zwei Finger nicht in die Cervixhöhle eindringen können. Ist der Cervicalkanal genügend dilatiert oder kann man auch nur zwei Finger einführen, so soll die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt werden; man soll sich aber hüten, die Extraktion sofort auszuschliessen, wenn der Halsteil nicht ganz eröffnet oder dilatiert ist.

Liegt bei Placenta prævia lateralis der Kopf vor, so kann die künstliche Ruptur der Eihäute gute Dienste leisten.

Dr. E. Bryois, Genf:

Ein Fall von Schwangerschaft bei Erhaltensein des Hymens und Harnröhren-Dilatation.

Un cas de grossesse avec persistance de l'hymen et dilatation de l'urèthre. Conséquence de Coït urèthro-vésical.

Clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Genève:
Prof. Dr. A. Jentzer.

(Imprimerie L. Gilbert & Cie, Genève, 1904).

25-jährige Erstgebärende; menstruiert mit 13 Jahren; dann bleiben die Regeln aus und stellen sich langsam, aber progressiv, Schmerzen im Abdomen ein; nach Verlauf eines Jahres wird ärztlicherseits eine kleine Incision gemacht, worauf eine grosse Menge Blut abgegangen sein soll; von diesem Zeitpunkt an treten die Menses regelmässig auf. Verheiratung im März 1900. Die ersten Coitusversuche sind sehr schmerzhaft, aber von keinem Blutabgang begleitet. Am 18. März zum letzten Mal menstruiert. Am 28. Dez. stellen sich einige Wehen ein, die am 30. Dez. an Intensität zunehmen; am 1. Januar 1901 wird ein Arzt zugezogen, da trotz guter Wehen die Geburt nicht genügende Fortschritte macht; dieser konstatiert eine Anomalie der äusseren Geschlechtsteile und verfügt die Ueberführung in die Universitäts-Frauenklinik. (2. Januar Mittags): Erste Schädellage, Kopf beweglich über Becken-Eingang.

Der Scheideneingang ist durch eine Membran verschlossen, die an der proeminentesten Stelle eine kleine Oeffnung aufweist. Die äussere Harnröhrenmündung ist dilatiert und lässt den kleinen Finger passieren. Incision des Hymens; Desinfektion der Vagina und Jodoformgaze-Tamponade. Blasenwaschung mit physiolog. Kochsalzlösung. Vom Moment des operativen Einschreitens bis zum Nachmittag des 2. Januar keine Wehen mehr; selbe setzen am 3. Januar, Abends, wieder ein. Am 4. Januar, 5 Uhr Morgens, Blasensprung; spontane Geburt $6^{\underline{30}}$ Morgens. $6^{\underline{45}}$ Placenta. Wochenbett normal.

Weitere ähnliche Fälle wurden veröffentlicht von Braun, Zinnstag, Wyder (Isaac) etc.

Die aus dem Studium dieser Fälle erhaltenen *Schlussfolgerungen* lauten:

1. Der Urethral-Coitus repräsentiert eine klinische Seltenheit.

2. Die aus dem Urethral-Coitus resultierende Dilatation führt nicht notwendigerweise zur Incontinentia urinæ und zum Blasenkatarrh.

3. Das Erhaltensein des Hymens bei der Erstgeschwängerten wird ziemlich häufig angetroffen.

4. Das Vorhandensein eines intakten Hymens im Momente der Geburt bildet kein schweres Geburtshindernis, da einerseits spontane Geburten beobachtet worden sind und andererseits die Behebung des Widerstandes eine äusserst einfache ist.

In einem letzten und dritten Kapitel kommt Bryois auf die gerichtsärztliche Frage dieser Anomalie zu sprechen.

Eine hübsche lithographische Abbildung ist beigegeben.

Dr. Bunimowicz, Zürich:

Ueber vorzeitige Ablösung der Placenta bei normalem Sitze.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Zürich:

Prof. Dr. Th. Wyder.

(Buchdruckerei J. F. Kobold-Lüdi, Zürich, 1904).

Die vorzeitige Ablösung der normal inserierten Placenta kommt selten vor. In der Zürcher Frauenklinik sind vom Jahre 1888 an bis Juli 1903 unter 12,768 Geburten nur 15 hiehergehörige Fälle beobachtet worden. Unter diesen ereigneten sich 6 bei Primiparen. Man findet in der Literatur der letzten Jahre diese Anomalie ziemlich häufig bei Primiparen; unter 4 von Hans Meyer publizierten Fällen betreffen 2 Primipare.

Die vorzeitige Ablösung der normal inserierten Placenta kommt hauptsächlich bei den pathologischen Veränderungen der Decidua vor, welche auf Endometritis chronica, auf nephritischen, luetischen und gonorrhoischen Prozessen beruhen. In letzter Zeit wurde von Hans Meyer ein Fall vorzeitiger Ablösung der Placenta ohne Komplikation mit Nephritis beobachtet, der hauptsächlich deshalb von Interesse ist, weil er eine Alkoholikerin betrifft. H. Meyer fand in zwei Fällen Endometritis decidualis; Häberlin beobachtete einen einschlagenden Fall bei Morbus Basedowii; weiter kommen in Betracht starke insterstitielle Bindegewebswucherungen, pathologische Veränderungen in den Fœtalgefässen, Endometritis corporis hæmorrhagica, Eklampsie.

In allen Fällen, wo sich pathologische Veränderungen in der Decidua vorfinden, kann die vorzeitige Ablösung der Placenta ohne jede nachweisbare äussere Veranlassung, oder aber nach einem leichten Trauma eintreten; doch können grob mechanische Insulte, welche die Placentar-

stelle treffen, eine Ablösung der Placenta bewirken, wenn auch keine pathologischen Erscheinungen in der Placenta bestehen; solche Fälle sind aber recht selten.

Die vorzeitige Ablösung der normal inserierten Placenta kann entstehen durch den Zug einer zu kurzen Nabelschnur und wenn infolge der grossen Derbheit der Eihäute der Blasensprung bis zur Austreibungszeit ausbleibt; endlich tritt die vorzeitige Ablösung bei einer Zwillingsgeburt nach dem Austritt des ersten Kindes ein, wenn die Gebärmutter sich infolge der Verminderung ihres Inhaltes kontrahiert. Derartige Kontraktionen des Uterus führen zur vorzeitigen Ablösung der Placenta auch bei verschleppter Querlage und nach dem Blasensprunge bei starkem Hydramnion.

Was *die Aetiologie der Fälle*, die in der *Zürcher Frauenklinik* beobachtet wurden, anbelangt, so ist die Albuminurie, mit mehr oder weniger ausgesprochenen pathologischen Veränderungen an den Nieren (Nephritis und Schwangerschaftsniere), in 5 mit tötlichem Ausgang verlaufenden Fällen beobachtet worden. Ausser diesen 5 Fällen wurde noch in einem Falle, der mit Genesung endigte, Schwangerschaftsniere konstatiert. In 9 übrigen Fällen wurde nur 2 mal unter der Geburt Eiweiss nachgewiesen; einmal wurde die vorzeitige Ablösung der Nachgeburt durch den Zug der Nabelschnur, welche 2 mal um den Hals und die Schulter geschlungen war, bewirkt. Sechsmal konnte man aus dem klinischen Bilde keine Ursache nachweisen; einer dieser Fälle ist dadurch besonders interessant, dass es sich hier um eine vorzeitige Ablösung der Placenta im fünften Monate der Schwangerschaft handelte, was sehr selten vorkommt; ausserdem waren die Symptome mehr für die Blasenmole charakteristisch (die tatsächlich bestand). Die detailliert wiedergegebenen Krankengeschichten zeigen genügend klar *die Symptome der vorzeitigen Ablösung der normal inserierten Placenta:*

Eine oft ganz gesunde Frau wird in den letzten Monaten der Schwangerschaft oder unter der Geburt, nach Trauma, Ueberanstrengung, starkem Erbrechen, oft ohne jede äussere Veranlassung, von einer Blutung aus den Genitalien überrascht. Es treten Schmerzen im Leibe, Gefühl von Schwere und Spannung, blasses Aussehen, in vielen Fällen alle Erscheinungen schwerer Anämie ein; kaum fühlbarer, sehr beschleunigter Puls, kalte Extremitäten, Brechreiz, zuweilen unstillbares Erbrechen, Gähnen, Seufzen, Unruhe, Dyspnoë, endlich Benommenheit und Exitus letalis. In einigen Fällen kommt es zur Ausbildung eines schweren Kollaps und

sogar zum Tode, ohne dass dabei eine äussere Blutung auftritt; die ganze Blutmenge sammelt sich zwischen der Uteruswand und der Placenta an und bildet eine buckelige, prall-elastische Vorwölbung, welche man unter günstigen Umständen von aussen palpieren kann.

Bei innerer Blutung kommt *differential-diagnostisch* Uterusruptur und extrauterine Gravidität in Frage.

Bei äusserer Blutung kommt *differential-diagnostisch* besonders Placenta prævia in Betracht; man kann auch an Uterusruptur denken.

Endlich kann, wie ein Fall der Zürcher Klinik zeigt, die Verwechslung der vorzeitigen Ablösung der Placenta in früheren Monaten der Gravidität mit der *Blasenmole* vorkommen.

Die Lösung der Placenta bei vorzeitiger Ablösung entsteht durch Zerreissung der Uteroplacentargefässe in der Trennungsschicht zwischen der Gebärmutter und dem Ei. Bei der rein inneren Blutung befindet sich die Ablösung in den zentralen Partien der Placenta; oder der Bluterguss sammelt sich zwischen Placenta und Eihäuten einerseits und Serotina und Vera andererseits; in solchen Fällen geht meistens die innere Blutung allmählich in eine äussere über.

Die vorzeitige Ablösung der Placenta ist eine von den gefährlichsten *Komplikationen* der Geburt und der letzten Monate der Schwangerschaft. Die *Prognose* für das Kind ist ausserordentlich schlecht und für die Mutter sehr ernst.

Von 15 Fällen aus der Zürcher Klinik kamen drei Kinder lebend zur Welt, zwei davon asphyctisch im ersten Grade. Unter den Gestorbenen befinden sich 4 macerierte Früchte, davon eine mit Zeichen kongenitaler Lues. Von 15 Müttern starben 5, dabei eine unentbunden unter der Geburt und 4 übrige 2—3 Stunden nach der Entbindung.

Behandlung. Ist die Cervix genügend erweitert, so soll man die Geburt, je nach den Vorbedingungen, durch Zange oder Wendung und Extraktion, event. durch Perforation beenden. Wenn der Muttermund noch keine schonende, künstliche Entbindung gestattet und die Blutung keine gefährliche für die Mutter ist, so kann man unter steter, sorgfältigster Beobachtung der Frau, vorläufig warten. Die Tamponade soll man sehr vorsichtig und nur bei stehender Blase anwenden. Den künstlichen Blasensprung soll man erst dann ausführen, wenn die Weite des Muttermundes eine schnelle Entbindung ohne zu schwere Eingriffe gestattet.

Wenn die Blutung für die Mutter bedrohlich und der Muttermund

mangelhaft erweitert ist, so muss man versuchen, ihn künstlich durch Uterusdilatatoren oder durch inrauterine Balloneinführung mit permanentem Zug oder noch besser mit *Bossi'*schem Dilatator zu erweitern. In sehr dringenden Fällen käme Sectio cæsarea, Porrooperation und vaginaler Kaiserschnitt in Frage.

Dr. E. Corobine, Lausanne:

Zur Behandlung der Retroflexio uteri vermittelst der Vaginofixation.

Traitement des rétroflexions utérines par la vagino-fixation.

(Imprimerie G. Bridel & Cie., Lausanne, 1904.)

Die Arbeit zerfällt in 3 Teile:

I. Geschichtlicher Ueberblick, Aetiologie, Symptome, Diagnose, pathologische Anatomie und Prognose der Retroflexio uteri.

II. Beschreibung der verschiedenen Verfahren der Vaginofixation.

III. Resultate dieser Operationen.

In Betracht kommen Operationen, ausgeführt an den Kliniken von *Olshausen,* Berlin; *Fournier*, Amiens; *Küstner,* Breslau; *Bumm,* Basel und *Felding,* Halle.

Die aus dem Studium der einschlägigen Literatur erhaltenen *Schlussfolgerungen* lauten:

I. Die Vaginofixation hat in erster Linie gewöhnlich den grossen Nachteil, dass man im Dunkeln tappt.

II. Der Abschnitt der vordern Vaginalwand, der zur Fixation des Uterus dient, gibt keine genügende Garantie für eine permanente Anteflexion.

III. Die Vaginofixation hat selbst in den Händen von sehr geschickten Gynækologen zu Nebenverletzungen Veranlassung gegeben: Blasen- und Harnleiterverletzungen.

IV. Wie bei der Ventrofixation, so wird auch bei der Vaginofixation eine fehlerhafte Lage der Gebärmutter, die Retroflexion, durch eine andere pathologische Lage, die forcierte Anteflexion, einfach abgelöst.

V. In geburtshülflicher Hinsicht ist zu bemerken, dass die Vaginofixation zu Abortus, zu pathologischen Lagen und fehlerhafter Insertion der Placenta geführt hat.

VI. Wir teilen die Ansicht von KÜSTNER, der sich folgendermassen ausspricht:

« Bei Frauen, die harte Arbeiten zu verrichten haben, soll die mobile Retroflexion durch die ALEXANDER'sche Operation gehoben werden und die adhærente Retroflexion durch die Ventrofixation. »

Anmerkung des Ref. Wenn man heutzutage von Vaginofixation spricht, so verbindet man damit den Namen von *Dührssen. Der Dührssen'schen Vaginofixation* kann man aber obige Vorwürfe nicht machen. Der Schreiber dieser Zeilen hat genügend eigene persönliche Erfahrungen über diese Operation, zudem war es ihm vergönnt, Ende des Jahres 1903 während einiger Wochen den Vaginofixationen von Prof. Dührssen beizuwohnen, so dass er im Falle ist, Punkt für Punkt zu widerlegen.

ad I. Dass man bei der *Dührssen*'schen Vaginofixation nicht im Dunkeln herumtappt, das demonstrieren ad oculos die von *Prof. Dührssen* herausgegebenen « Zwanzig photographischen Wandtafeln » (*Gyn. Helvet.* IV, p. 321).

ad II. Die vordere Vaginalwand dient nicht zur Stütze der anteflektierten Gebärmutter, da ja nur eine sero-seröse Fixation erzielt werden soll.

ad III. Nebenverletzungen sind, wenn man die *Dührssen*'sche Technik befolgt, wohl äusserst selten, wenn nicht ganz unmöglich. (Siehe « Die Einschränkung des Bauchschnittes durch die vaginale Laparotomie ». Verlag von S. Karger, Berlin, 1899.)

ad IV. Die Hauptsache ist, dass die Patientin von ihren Beschwerden befreit wird. Jedenfalls ist nach meiner Auffassung eine etwas forcierte Anteflexion einer Retroflexion bei weitem vorzuziehen.

ad V. Wird, wie dies DÜHRSSEN will, die Peritonealwunde im vorderen Scheidengewölbe vorsichtig geschlossen, so dass nur eine sero-seröse Adhærenz entsteht, so ist nicht einzusehen, wieso Geburts-Anomalien und Komplikationen auftreten sollten.

Ich habe am 28. X. 1903 im Langenbeck-Haus einer Sitzung der Berliner med. Gesellschaft beigewohnt, in welcher Prof. DÜHRSSEN über *Vaginofixation und Geburtsstörungen* sprach; es sei mir gestattet, meine damals gemachten Notizen hier wörtlich wiederzugeben:

« Seit eine sero-seröse Fixation stattfindet, sind keine Geburtsstörungen mehr vorgekommen. Die stattgehabten Aborte haben mit der Vaginofixation nichts zu tun. In einer zweiten Serie von Vaginofixationen ist nur ein einziger Abortus vorgekommen, der auf einer gonorrhoischen Endometritis beruhte.

Es ist ein Irrtum, wenn man heutzutage immer noch Störungen im Geburtsverlauf auf Vaginofixation zurückführt. — In 70 Geburtsfällen wurden keine Störungen beobachtet.

ad VI. Ich habe Frauen vaginofixiert für Retroflexio und Prolapsus, die seither schwere Arbeit ohne Beschwerden vollbringen, während ich nach Alexander-Operation einige Male beobachtet habe, dass die operierten Frauen Mühe hatten, sich aufrecht zu halten.

Ich möchte die Herren Kollegen bitten, in geeigneten Fällen die *DÜHRSSEN'sche Vaginofixation* auszuführen. Der oben erwähnte DÜHRSSEN'sche Atlas ist für den Anfänger ein vorzüglicher Wegleiter; besser ist es allerdings, DÜHRSSEN selbst an der Arbeit gesehen zu haben.

Dr. P. Daiches, Bern:

Endresultate der Radikaloperation von Hernien, speziell der Inguinalhernien.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Bern:

Prof. Dr. Th. Kocher.

(Druck von J. B. Hirschfeld, Leipzig, 1904.)

Von der grossen Zahl gegenwärtig üblicher Operationsmethoden der Inguinalhernien stehen zwei Kategorien im Vordergrund: Diejenigen mit *Kanalschnitt* nach Bassini bezw. dessen verschiedenen Modifikationen, zweitens die Operationsmethoden *ohne Kanalschnitt* nach Kocher und Andern. Die neueste Modifikation von Kocher's Hernienoperationen — *die Invaginationsverlagerung* — wurde in den letzten Jahren besonders eifrig in der Berner Klinik gepflegt. So hat Daiches 204 freie Hernien zusammengestellt (Sept. 1898 bis Jan. 1900).

Diese betreffen 170 Patienten und sind in 5 Tabellen untergebracht:

Tabelle I Herniæ inguinales externæ (139 Hernien).

Tabelle II Herniæ inguinales internæ (17 Hernien).

Tabelle III Herniæ crurales (28 Hernien).

Tabelle IV Herniæ ventrales (13 Hernien).

Tabelle V Herniæ epigastricæ (7 Hernien).

Es kamen zur Operation 139 Männer mit 168 Hernien und 31 Frauen mit 36 Hernien. Der jüngste Patient war 17 Wochen, der älteste 72 Jahre alt. Die grösste Zahl der operierten Hernien fällt in das Alter von 20 bis 30 Jahren.

Die Technik der Ausführung der Hernienoperationen in der Berner Klinik ist sehr einfach und besteht in folgendem: Dampfasepsis, Bromæthyl-Aethernarkose, Sublimatseide, Handschuhe. Die Nachbehandlung besteht im Anlegen eines einfachen Colloidalverbandes. Es wird kein Drainrohr eingelegt. Die Nähte werden am dritten Tage entfernt. Die Patienten erhalten kein Bruchband.

Bei den 204 Fällen sind nur 2 Infektionen zu verzeichnen (0,98 %). In allen andern Fällen ist tadellose Primaheilung im strengsten Sinne des Wortes vermerkt. 2 Todesfälle (72-jähriger Patient = Potator und Lungenembolie).

Ergebnisse der Berner Chirurg. Klinik.

1. *Leistenhernien:*

a) Kocher's laterale *Verlagerungsmethode* seit 1895—1900.

508 Fälle — 23 Recidive = 4,5 % Recidive ≐ *95,5 % Dauerheilungen.*

b) Invaginationsverlagerung seit 1896—1900.

83 Fälle — 1 Recidiv = 1,2 % Recidive
90 Fälle — 3 Recidive = 3,3 % Recidive

173 Fälle — 4 Recidive ≐ 2,3 % Recidive = *97,3 % Dauerheilungen.*

2. *20 Bauchhernien* mit *100 % Dauerheilungen.*

Dr. H. Friolet, Basel:

Beitrag zum Studium der menschlichen Placentation.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:

Prof. Dr. O. v. Herff.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie, Bd. 9, Heft 1, pag. 1, 1904.)

Trotz der vielfachen Bearbeitung, welche das Gebiet der Anatomie und Entwicklungsgeschichte der menschlichen Placenta erfahren, besteht doch noch eine ganze Reihe von Streitfragen, die vorläufig ihrer Lösung harren. — Es ist daher wünschenswert, dass die Befunde früherer Forscher an tadellosem Material nachgeprüft werden.

Friolet ist nun in der Lage, an Hand eines einwandfreien Materials, das allen Anforderungen, welche die Autoren auf diesem Gebiet postulieren, gerecht wird, einzelne interessante Punkte aus der Placentation des Menschen genau nachzuprüfen und zweifelhafte Befunde früherer Autoren nach positiver oder negativer Seite hin zu bestätigen.

Das Hauptobjekt dieser Publikation bildet ein Ovulum, das von einer Frau herstammt, die von Prof. v. Herff wegen beginnendem Cervixcarcinom hysterektomiert wurde. Da laut Anamnese eine Gravidität angenommen worden war, so wurde der Uterus mit grösster Vorsicht herausgenommen und alsbald in 20 % Sublimatlösung fixiert; der quere Durchmesser des Fruchtkapselraumes, der im Ganzen ein leicht plattgedrücktes Oval darstellte, betrug 16 mm.; die Durchmesser der Keimblase, deren Wandung etwas gefaltet war, taxierte Friolet unter Berücksichtigung der durch Schrumpfung entstandenen Verkleinerung auf 11—12 mm. in der Quere und ca. 9 mm. im Höhendiameter.

Aus diesen Massen ergab sich eine approximative Altersschätzung des Ovulums auf 3—4 Wochen.

Die sehr klar geschriebene Abhandlung ist mit 12 mikroskopischen Abbildungen im Text versehen; die *Schlussfolgerungen* lauten folgendermassen:

1. Die alte SEILER'sche *Umwallungstheorie* zur Erklärung der Eieinbettung und Reflexabildung muss der *Einsenkungstheorie* (BERRY HART, *Graf v.* SPEE, V. HERFF, SIEGENBEOK VAN HEUKELOM, PETERS, PFANNENSTIEL u. a.) gegenüber fallen gelassen werden, da die anatomischen Befunde gegen erstere sprechen.

2. *Die Entstehung des intervillösen Raumes* vollzieht sich höchst wahrscheinlich nach dem von HUBRECHT zuerst für den Igel beschriebenen, durch die Befunde an menschlichen Eiern von PETERS, S. VAN HEUKELOME und dem unsrigen gestützten Modus der Bildung einer massiven Trophoblastschale, die erst sekundär in einen von einem Balkenwerk durchsetzten Blutraum verwandelt wird. Aus diesen Trophoblastbalken entstehen durch das Hineinwachsen des fœtalen Mesoblattes von der Keimblasenwand (Somatopleura) die Chorionzotten.

3. Der intervillöse Raum ist gemäss seiner Entstehung aus den Trophoblastlacunen als etwas ganz anderes aufzufassen als früher angenommen wurde. Er hat mit dem Uteruscavum nichts zu tun. Auch hat er sicher von *Anfang an als « Blutsinus » zu funktionieren* und enthält schon von seiner ersten Entstehung an mütterliches Blut.

4. *Das Zottenepithel* besteht in frühen Stadien aus einem *doppelten Zellmantel*, der *Langhans'schen Zellschicht* und dem höchst wahrscheinlich *fœta-ektodermalen Syncytium*, das an seiner Aussenfläche von einem feinen *Bürstenbesatz*, als normalem Attribut, bekleidet ist.

5. Die Frage der *Syncytiogenese* kann man noch als unentschieden betrachten, wiewohl auch nach unseren Untersuchungen alles für die *fœtal-ektodermale Provenienz* spricht, also für die *Entstehung aus dem Trophoblast.* Für die endotheliale Genese konnten wir keine Anhaltspunkte ausfindig machen.

6. Das *fertig ausgebildete Syncytium* zeigt eine sich oft deutlich manifestierende *Unabhängigkeit* von der *Langhans'*schen Zellschicht, indem es sich von derselben *abheben* kann und für sich *allein wuchert,* unter Knospenbildung und amniotischer Kernteilung.

Dr. E. Gebhart, Frauenfeld:

Die Enterostomie in der Prophylaxe und Therapie der Peritonitis.

Aus dem Krankenhause Frauenfeld:

Chefarzt Dr. E. Haffter.

(Druck von J. B. Hirschfeld, Leipzig, 1904.)

Nach einem geschichtlichen Ueberblick und nach einer gedrängten Durchsicht der bis jetzt publizierten Casuistik geht Gebhart auf folgende Frage ein: « Ueber die Allgemeinintoxication vom Darmlumen aus und die Durchwanderung der Bacterien in die Peritonealhöhle. » Dann werden 8 Krankengeschichten von Patienten mitgeteilt, bei denen *Dr. E. Haffter*, wegen beginnender oder drohender Peritonitis mit ausgezeichnetem Erfolg die Enterostomie ausgeführt hatte.

Zusammenfassung:

1. Viele Fälle von Perforationsperitonitis, welche in neuester Zeit ohne Darmnaht behandelt wurden. ferner eine Reihe von Peritonitiden mit anderer Entstehungsweise, bei denen zufällig oder absichtlich der Darm eröffnet wurde, haben einen günstigen Ausgang gehabt.

2. Diese Tatsache findet eine befriedigende Erklärung durch

a) Die Annahme, dass beim Zustandekommen des klinischen Bildes der peritonealen Sepsis in vielen Fällen die Resorption vom Darmlumen aus eine mindestens ebenso grosse Rolle spielt wie die peritoneale Resorption;

b) die experimentell festgestellte Tatsache, dass in gewissen pathologischen Zuständen die Darmwand für Bacterien durchgängig ist.

3. Durch Anlegen einer Darmfistel und Entleerung des Darmes eliminieren wir also eine Quelle der Allgemeinintoxikation und verhindern die Infektion des Peritoneum durch aus dem Darmlumen ausgewanderte Bacterien.

4. Wir ziehen daraus folgende Konsequenzen für die Therapie:

Auf Grund der im *Krankenhause Frauenfeld* gemachten Erfahrungen schlagen wir die Enterostomie, d. h. die Anlegung einer entlastenden, temporären Fistel an irgend einer Stelle des Darmes vor:

a) Als prophylaktische Operation gegen die vom Darmlumen ausgehende Infektion des Peritoneums und allgemeine Sepsis in allen Fällen von paralytischem Ileus und von Darmverschluss mit unbekanntem oder operativ nicht zu entfernendem Hinderniss.

b) als palliative Operation bei Patienten, deren Kräftezustand die zur Auffindung und Hebung eines bestehenden Darmverschlusses notwendige Operation nicht erlaubt, um ihnen die Möglichkeit zu verschaffen sich so weit zu erholen, dass der radikal heilende, schwierigere Eingriff mit Aussicht auf günstigen Erfolg ausgeführt werden kann.

Ferner bekennen wir uns zu folgenden Grundsätzen:

c) Droht nach Perforation eines Darmes eine Peritonitis mit wahrscheinlichem, entzündlichem Ileus, so ist es unter gewissen Umständen zweckmässiger, die Darmwunde zur Bildung einer Fistel in die Bauchwunde einzunähen, als die Darmnaht auszuführen. Geht dies in einem solchen Falle aus irgend einem Grunde nicht und ist die Darmnaht ausgeführt worden, oder ist die Durchbruchstelle überhaupt nicht oder nur durch eine für den Patienten zu schwierige Operation auffindbar, so soll die Enterostomie am Orte der Wahl ausgeführt werden.

d) Ist bei einer eitrigen Peritonitis die Laparotomie gemacht und den durch die Infektion des Peritoneum gegebenen Indikationen Genüge geleistet, *so soll, wenn allgemeine Sepsis droht oder bereits eingesetzt hat, nach Massgabe der vorne angegebenen Umstände entweder eine Darmschlinge in die Laparotomiewunde eingenäht und eröffnet oder die Enterostomie am Orte der Wahl ausgeführt werden, wie dies im Krankenhaus Frauenfeld durch Herrn Dr. E. Haffter vielleicht zum ersten Male zielbewusst gemacht wurde.* Bei einer septischen Peritonitis ohne eitriges Exsudat in der Peritonealhöhle ist die Entleerung des Darmes durch Enterostomie allein das zweckmässige Verfahren.

5. Die durch Enterostomie entstandene Darmfistel schliesst sich bei Beobachtung der angeführten technischen Vorschriften erfahrungsgemäss in den allermeisten Fällen spontan. Unter gewöhnlichen Umständen geschieht dies in längstens etwa 7—8 Wochen nach Eröffnung des Darmes.

6. Die Enterostomie in der beschriebenen Form ist ein ungefährlicher, einfacher, ohne Allgemeinnarkose bei blosser Lokalanästhesie auszuführender Eingriff. Rechtzeitig und richtig gemacht vermag derselbe in Fällen lebensrettend zu wirken, in welchen die bisher geübte Therapie absolut machtlos war.

Das Literaturverzeichnis führt 49 Arbeiten auf.

Dr. H. GORODNIANSKAIA, Lausanne:

Statistische Studien zur Frage der Sectio cæsarea.

Etude statistique sur l'Opération Césarienne.

(Imprimerie Charles Guex, Lausanne, 1904.)

Das Material folgender Kliniken wurde zu den vorliegenden statistischen Studien verwendet: Frauenklinik Lausanne (RAPIN und ROSSIER), Wien (v. BRAUN), Berlin (OLSHAUSEN), Zürich (WYDER), Strassburg (FREUND), Paris (BAR und PINARD), Halle (FEHLING).

Auf 761 Fälle von Kaiserschnittsoperationen entfallen:
477 auf den konservativen Kaiserschnitt;
268 auf die *Porro*-Operation;
16 auf den Kaiserschnitt an Toten;
8 kombiniert mit Sterilisations-Operationen.

Verlauf für die Mütter.

Von 745 Operierten (konservativer- und Porro-Kaiserschnitt) erlagen 94, Mortalität 12,61 %. Davon entfallen auf den

konservativen Kaiserschnitt 10,27 % (49 Todesfälle auf 477 Operationen) und auf

den *Porro* 16,79 % (45 Todesfälle auf 268 Operationen).

Verlauf für die Kinder.

Von 634 lebend extrahierten Kindern sind 59 verstorben. Mortalität 9,3 %.

Von 16 Operationen post mortem wurden 14 Kinder lebend extrahiert, 3 davon starben post operationem. Mortalität 21,4 %.

Vor 30 Jahren noch war die mütterliche Mortalität 50 %, während selbe jetzt in einigen Kliniken bis auf 8,108 % gefallen ist. Diese grossen Differenzen hängen sowohl mit den Operations-Methoden, als auch mit dem Gesundheitszustand der zu Operierenden zusammen. Es ist nicht absolut notwendig, dass bereits Wehen aufgetreten seien, dagegen muss der Cervicalkanal bereits etwas dilatiert sein, damit die Lochien später abfliessen können; eine intakte Fruchtblase ist wünschenswert, aber keine Conditio sine qua non; ein Hauptfaktor besteht darin, dass die zu Entbindende nicht inficiert sei; man soll den Uterus vor die Bauchdecken wälzen. Die Blutung bekämpfe man durch manuelle Kompression. Man kann den Uterus längs eröffnen oder quer nach FRITSCH, die Blutung wird dadurch kaum irgendwie beeinflusst.

Dr. Jenny Herzmark, Zürich:

Zur Casuistik der Nebenverletzungen bei Laparotomien.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Zürich:
Prof. Dr. Th. Wyder.

(Druck von A. Markwalder, Zürich, 1904.)

Es können der *Darm,* der *Ureter* und die *Blase* verletzt werden. Bestimmte Verhältnisse im Operationsgebiete können eine Verletzung begünstigen: intraligamentäre Entwicklung der zu exstirpierenden Geschwülste, vorangegangene Para-Perimetritis, peritonitische Reizzustände, die zu Verwachsungen des Tumors mit naheliegenden Organen geführt haben, endlich entzündliche Prozesse, die eine zu feste Einbettung des Ureters verursacht haben.

Neben diesen *allgemein* disponierenden Momenten ergeben sich auch gewisse Verschiedenheiten in den Chancen für gewisse Verletzungen, je nachdem es sich um die abdominale oder die vaginale Operations-Methode handelt.

Ein kurzer Ueberblick über die Geschichte der bei Laparotomien vorgekommenen Verletzungen zeigt, dass die Häufigkeit der letzteren schon mit der zweiten Hälfte der 70er Jahre zunimmt, zu einer Zeit, als die abdominale Methode, dank dem *Lister*'schen Verfahren, in aller Herren Länder sich eben Bahn brach.

Bei 1145 Laparotomien der letzten 15 Jahre (*Wyder*'sche Klinik) fand *Herzmark* 10 Verletzungen angegeben:

1. Fall: Kystoma ovarii dextri. Verletzung: Ein für den Catheter gut durchgängiges Loch der Blasenwand; wird mit zwei Seidennähten geschlossen, die ins Blasenlumen dringen; der genähte Blasenscheitel wird durch Einnähen in die peritoneale Naht (Catgut) extraperitoneal gelagert. Drainage bis zur Peritonealnaht. Es bildet sich in der Folgezeit eine feine Fistelöffnung am Grunde der granulierenden Wunde, aus der fortwährend Urin träufelt. Sekundärnaht. Heilung.

2. Fall: Fibromyom. Supravaginale Amputation des Uterus. Verletzung: Die obere Kuppe des Blasenhalses war bei der Applikation der Seidenknopfnähte (am Stumpf) ein- oder zweimal oberflächlich mitgefasst worden, worauf man jedoch, da der Zustand der Patientin rasche Beendigung der Operation erforderte (enorme Blutung), keine grosse Rücksicht nehmen konnte. Nach Abstossung des oberhalb des Schlauches gelegenen Amputationsstumpfes entdeckt man im Blasengrund eine kirschkerngrosse Perforationsöffnung, entsprechend der Stelle, wo während der Operation Fixationsfäden angelegt wurden. Durch Tiefliegen der Fistel geht nicht aller Harn durch den Dauercatheter, ein Teil fliesst rückläufig zur Wunde heraus und macht

Infiltration. Eine Darmfistel gesellt sich hinzu wegen Vereiterung des ganzen Operationsfeldes. Exitus.

3. Fall. Kystoma ovarii sinistri. Ovariotomie. Verletzung : Eine Dünndarmschlinge wurde in der Ausdehnung von 1 ½ cm. aufgeschnitten; die Darmmuscularis und die Mucosa wurde mit Catgutknopfnähten vereinigt, darüber sero-seröse Knopfnahtreihe, darüber nochmals eine Seidenknopfreihe, welche oberhalb der Zwischenräume der ersten Seidenknopfnähte zu liegen kommt. Heilung.

4. Fall: Retroflexio uteri mobilis. Perioophoritis duplex. Castration. Verletzung: 2 cm. lange Darmwunde; sofortige Darmnaht. Verlauf von Seiten des Darmes normal. 9 Tage post operationem: Exitus. Keine Peritonitis.

5. Fall: Linksseitige Ovarialcyste. Ovariotomie. Verletzung: Darmriss von 1½ bis 2 cm. Länge. Darmnaht. Heilung.

6. Fall: Doppelseitige Perioophoritis, kleincystische Degeneration der Ovarien. Castration. Verletzung: Quere Darmwunde von ca. 2 ½ cm. Darmnaht. Exitus an Peritonitis.

7. Fall: Kystoma glandul. ovarii dext. Exstirpation. Verletzung: Quere Durchtrennung des rechten Ureters; oberes Ende nicht zu finden. An einem Gewebsfetzen der exstirpierten Geschwulst hängt ein 5 cm. langes Ureterstück. Nephrectomie. Heilung.

8. Fall: Myomata uteri. Totalexstirpation. Verletzung: 3 cm. langer Blasenriss. Sofortige Blasennaht. Exitus. Der linke Ureter war durch die beiden Nähte der Blase mitgefasst worden. Naht der Blase vereitert. Anatomische Diagnose: Linksseitiger parametraner Abscess nach Totalexstirpation des Uterus und Verletzung der Blase. Doppelt eingenähter linksseitiger Ureter mit Dilatation desselben, sowie des Nierenbeckens. Eitrige Cystitis, Uretritis und Pyelitis. Allgemeine Peritonitis mit frischen Fibrinbelägen und abgesackten Abscessen.

9. Fall: Myomata uteri subserosa. Totalexstirpation. Verletzung: Quere Durchtrennung des rechten Ureters. Ureternaht. Gummidrain nach der Vagina. Mit wenig vergrösserter Niere entlassen.

10. Fall: Myoma uteri. Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Verletzung: Ureter (?) Vielleicht hat es sich nur um eine Abknickung des rechten Ureters gehandelt und daraus resultierender Hydronephrose.

Dr. H. Hodel, Unterlangenegg (Kt. Bern):

Beitrag zur Frage der Geburtsprognose nach Prolapsoperationen, Amputation des Cervix und der Vaginalportion.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Bern:

Prof. Dr. P. Müller.

(Buchdruckerei H. Keller, Luzern, 1904.)

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich darum, zu untersuchen, ob die an der geburtshülflich-gynækologischen Klinik in Bern seit 1887 ge-

übte Portio Amputation und Excision, hauptsächlich in Fällen von Elongatio port. vaginal., einen Einfluss ausübe auf spätere folgende Schwangerschaften und Geburten.

Von 1887 bis 1891 wurde an der Berner Klinik vorwiegend die Excision keilförmiger Stücke aus den Muttermundslippen ausgeführt. Von 1891 an kam die totale transversale Amputation zuerst der vorderen, dann der hinteren Muttermundslippen und Bildung eines neuen Muttermundes durch Annähen der Vaginalschleimhaut an den Cervicalwundrand in Anwendung.

Die Methode der Vaginofixation in Verbindung mit einer vorderen Colporrhaphie wurde in der Weise ausgeführt, dass nach Abtragung des Vaginalschleimhautstückes 2-3 Catgutfäden vom Cervix nach dem Uteruskörper zu, aber ohne Fixation des Fundus, durch die Uteruswand geführt und dann über die Fäden der vorderen Colporrhaphie geknüpft wurden.

Neben der grossen Mehrzahl der zusammengestellten Fälle, wo die genannten Operationen wegen Prolaps und Portiohypertrophie ausgeführt wurden, berücksichtigt Hodel auch diejenigen, wo eine Portioamputation wegen chronischer Metritis und wegen Stenose des Muttermundes mit konsekutiver Sterilität gemacht worden war; ebenso wurde in den Bereich der Betrachtungen die Fälle von Vaginofixation und Colporrhaphie ohne Portiooperation gezogen.

Nach einer sehr eingehenden Prüfung des in der Literatur bestehenden casuistischen Materiales, kommt Hodel auf die *Berner Fälle zu* sprechen:

Alle Frauen befanden sich nach den Operationen noch im konzeptionsfähigen Alter, viele jedoch schon an der Schwelle des Klimakteriums.

Hodel verfügt über 184 Fälle, an denen eine oder mehrere der oben genannten Operationen ausgeführt worden waren. Von den 184 befragten Frauen antworteten 135. Davon sind 98 nach der Operation nicht mehr schwanger geworden und 37 haben geboren.

Bei der Prüfung der Schwangerschafts- und Geburtsprognose nach den Prolapsoperationen ist zunächst *die erste Reihe* gesondert zu betrachten, Fälle, bei denen eine *Vaginofixation neben der vorderen und hinteren Colporrhaphie* vorgenommen wurde (keine Portio-Amputation).

Es kommen dabei 18 Frauen in Betracht, mit *21 rechtzeitigen Geburten, 2 Frühgeburten* (beide im achten Monat) und *5 Aborten.* In keinem der *7 Fälle von Frühgeburt und Abort* konnten Anhaltspunkte dafür aufge-

funden werden, dass die vorangegangene Operation irgend ein Verschulden treffe.

Die zweite Reihe umfasst die Fälle, bei denen entweder eine *Portioamputation allein oder in Verbindung mit Vaginofixation, vorderer und hinterer Colporrhaphie* gemacht worden war.

Es kommen hier 19 Fälle in Frage, mit *33 rechtzeitigen Geburten*, *3 Frühgeburten* und *6 Aborten.* Die 3 Frühgeburten können *zum Teil* auf Rechnung der vorhergegangenen Operation gesetzt werden; über die Ursachen der 6 Aborte liess sich Näheres nicht eruieren. Was nun den Geburtsverlauf bei den nach normaler Gravidität eingetretenen Geburten anbetrifft, so war derselbe im allgemeinen ein normaler, günstiger, bisweilen sogar sehr rascher (abgesehen von 2 Geburten ein und desselben Falles, deren ausserordentliche Schwierigkeiten wohl ganz durch die Operation veranlasst waren).

Hodel sagt am Ende seiner Arbeit wörtlich folgendes:

« *Gestützt auf unser Material können wir deshalb allen den Autoren zustimmen, welche eine Trübung von Schwangerschafts- und Geburtsprognose durch eine vorausgegangene Portioamputation nicht auf die Operation als solche beziehen, sondern auf technische Abweichungen und Fehler, welche zur Bildung eines starren, nicht dilatierbaren Muttermundes führen.*

Die Schaffung einer linearen Operationsnarbe, also die Reduktion des starren Narbengewebes auf das mögliche Minimum, lässt die Prognose späterer Geburten durchaus ungetrübt erscheinen. »

Dr. A. Hoesli, Netstal (Kt. Glarus):

Ueber einen Fall von Fibromyoma intraligamentare adenomatosum mit Tuberkulose.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich:
Prof. Dr. P. Ernst.

(Polygraphisches Institut A.-G., Zürich, 1904.)

Die Kenntnis der Tuberkulose von Tumoren, der Kombination von Tuberkulose mit allerhand Tumoren in verschiedenen Organen etc. ist

zur Zeit ein sehr aktuelles Thema. In der Arbeit von C. NAEGELI* findet man interessante Gesichtspunkte über die Frage der Kombination von Tuberkulose und Carcinom; des weitern nimmt EBBINGHAUS** in prägnanter Form Stellung gegen die alte ROKITANSKY'sche Lehre: « Tuberkulose und Carcinom schliessen sich aus. »

HOESLI teilt nun einen neuen hierhergehörenden Fall aus der *gynækologischen Abteilung des Kantonsspitals* in St. Gallen (Direktor: Dr. KUHN) mit:

44jährige Frau. Menses bis vor 11 Wochen stets in Ordnung. Seit 20 Jahren steril verheiratet. Vor zwei Jahren heftige Unterleibsentzündung mit Meteorismus, Erbrechen; Fiebersteigerung, hohe Druckempfindlichkeit des Abdomens. Geschwulst im Abdomen etc.

Diagnose post operationem: Cysten und intraligamentäres, vereitertes tuberkulöses Fibromyom im Ligamentum latum.

Es folgt die *makroskopische und mikroskopische Beschreibung* des durch Operation gewonnenen Präparates, sowie eine kurze Besprechung der *Aetiologie des vorliegenden Myoms. Woher kommt die Tuberkulose?*

Vielleicht handelt es sich um eine sekundäre Affektion; man könnte annehmen, dass bei obiger Patientin zu irgend einer Zeit irgendwo eine ganz schleichend verlaufende tuberkulöse Infektion bestand und dass die schon bestehende Geschwulst an dieser Infektion sich beteiligte. (Siehe dagegen die Schlussfolgerungen von EBBINGHAUS. Ref.)

Zum Schlusse erwähnt HOESLI noch einen Fall von Ch. BOLE***, der deshalb von Wichtigkeit ist, weil er einen kasuistischen Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulose von Tumoren liefert.

Das Literatur-Verzeichnis führt 59 mehr oder weniger einschlagende Publikationen auf; zwei hübsche, mikroskopische Abbildungen sind beigegeben.

* *Dr. Otto Nägeli:* « Kombination von Tuberkulose und Carcinom ». *Virchow's* Archiv. Bd. 148, p. 435 ff.

** *Dr. H. Ebbinghaus:* « Isolierte, regionäre Achseldrüsentuberkulose bei Tumor der weibl. Mamma etc. ». *Gyn. Helvet.* IV, p. 19.

*** *Dr. Ch. Bôle:* « Ueber primäre Uterustuberkulose ». *Gyn. Helvet.* III, p. 99.

Dr. H. Hunziker, Basel:

Ueber die unmittelbaren und späteren Resultate der künstlichen Frühgeburt, eingeleitet wegen Beckenenge.*

Aus der Universitätsfrauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. v. Herff.

(Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie, Bd. 9, H. 1, pag. 118, 1904.)

Betreffend *die Frage nach den unmittelbaren Resultaten der künstlichen Frühgeburt* sind von Hunziker alle seit ca. 1880 erschienenen Arbeiten soweit sie zugänglich waren, benutzt worden.

Die Resultate für die Mütter: Unter 767 künstlichen Frühgeburten, *klinisch* eingeleitet in den letzten 25—30 Jahren, sind im Anschluss an die Geburt vorgekommen 12 Todesfälle, d. h.

Mortalität der Mütter 1,56 %.

Immerhin ist zu bedenken, dass Frauen mit engem Becken an sich schon eine höhere Mortalität in der Geburt und im Verlauf des Wochenbettes haben.

Die Todesursachen waren folgende: 1. Cervixriss, subperitoneales Hæmatom und Luftembolie; 2. unbeachtete Blutung, Verblutungstod; 3. Tetanus uteri, Uterusruptur; 4. Eklampsie (Quecksilberintoxikation ?); 5. Eklampsie; 6. Pyæmie; 7. Septikæmie; 8. Cervixriss, Verblutung; 9. Nephritis; 10. Pyæmie; 11. Allgemeine Anæmie und 12. Uterusruptur bei Placenta prævia.

Die Resultate für die Kinder: Die 595 Frauen der Statistik haben insgesamt durchgemacht: 2202 Geburten.

Von 2202 + 13 Kindern (Zwillinge) sind

spontan geboren	1306 + 7
durch künstliche Frühgeburt . .	896 + 6
Total . . .	2202 + 13

Von den 1306 + 7 spontan Geborenen wurden

tot geboren	840 + 1 = 64,0 %
lebend geboren	466 + 6 = 36,0 %
lebend entlassen . . .	376 + 5 = 29,0 %

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 108: *Dr. A. Beresowski*: « Beitrag zur Statistik der künstlichen Frühgeburt ».

Von den 896 + 6 künstlich Frühgeborenen wurden

tot geboren	178 + 1 = 19,8 %
lebend geboren	718 + 5 = 80,2 %
lebend entlassen . . .	531 + 3 = 59,2 %

Von den 595 Frauen sind 97 « Erstgebärende », diese gebaren zusammen 122 + 3 Kinder, von diesen wurden

tot geboren	23 + 1 = 19,2 %
lebend geboren	99 + 2 = 80,8 %
lebend entlassen . . .	74 + 1 = 60,0 %

Es verbleiben somit zum Vergleich mit den Spontangeburten bei 595 — 97 = 498 Mehrgebärenden (896 + 6) — (122 + 3) = 774 + 3 künstlich frühgeborene Früchte. Von diesen wurden

tot geboren	155 = 19,9 %
lebend geboren	619 + 3 = 80,1 %
lebend entlassen . . .	457 + 2 = 59,1 %

Es zeigt sich somit. dass beim Vergleich von 1306 + 7 spontanen mit 774 + 3 künstlich frühen Geburten derselben 498 Frauen die künstlichen Frühgeburten weit bessere Ergebnisse aufweisen, indem letztere 30 % mehr lebend entlassene Kinder erzielen.

Der zweite Teil der Arbeit von Hunziker sucht die Frage zu beantworten: « *Wie sind die Lebenschancen dieser Kinder?* » Es kam nur das Material der Basler-Klinik in Betracht und dürfen die gezogenen Schlüsse daher nicht verallgemeinert werden.

Indem Hunziker zum Schlusse *die erhaltenen Resultate* zusammenfasst, sagt er wörtlich folgendes:

1) « Bei 498 mehrgebärenden Frauen mit engem Becken sind in 2080 Geburten mit 2090 Kindern, wovon 1306 Geburten (mit 1313 Kindern) spontan einsetzten, 774 Geburten (mit 777 Kindern) künstlich eingeleitet wurden, durch die künstliche Frühgeburt rund 30 % mehr am 10. Tage nach der Geburt noch lebender Kinder erziehlt worden. Die absoluten Prozentzahlen lebend Entlassener betragen:

für die spontan Geborenen . . . . 29,9 %

für die künstlich Frühgeborenen . 59,1 %; mit anderen Worten:

Durch die künstliche Frühgeburt sind verhältnismässig doppelt so viele Kinder am 10. Tage noch am Leben erhalten gewesen, als bei den Spontangeburten.

2) Von 188 Spontangeborenen leben zur Zeit noch 72 = 38,3 %.

von 111 + 1 Frühgeborenen leben zur Zeit noch 60 = 53,6 %

Trotzdem also von den lebend entlassenen Kindern einige Prozent der künstlich Frühgeborenen mehr starben als von den spontan Geborenen, so sind doch in Bezug auf die Gesamtzahl der Geburten die gegenwärtigen Resultate so, dass von den Frühgeborenen 15 % mehr Kinder zur Zeit am Leben sind. Da sämtliche lebende Kinder über das so verhängnisvolle erste Lebensjahr hinaus sind, so kann die mutmassliche Verringerung dieser 15 % infolge der ungleich langen Beobachtungszeiten höchstens einige wenige Prozente betragen, so dass bei Berücksichtigung dieses Abzugs immer noch mindestens 10 % Ueberschuss zu Gunsten der Frühgeborenen besteht. Zieht man die absoluten Prozentzahlen in Betracht (38,3 % bezw. 53,6 % minus zirka 5 %), so heisst das:

« *In den Basler Fällen sind durch die künstliche Frühgeburt verhältnismässig annähernd $^1/_5$ mehr Kinder für die Gesellschaft definitiv erhalten worden, als bei der spontan eingetretenen Geburt.* »

Ein reiches Litteraturverzeichnis ist beigegeben.

Dr. Isdebky, Lausanne:

Ausschabung der Gebärmutter und Sterilität.
Curettage de l'utérus et stérilité.

Clinique et Policlinique obstétricale de l'Université de Lausanne:
Prof. Dr. G. Rossier.

(Imprimerie Gutenberg, Genève, 1904.)

Isdebky stellt sich die Aufgabe, folgende Frage zu beantworten: « *Kann sich die Schleimhaut des Uterus nach vorhergegangener Ausschabung in dem Masse regenerieren, dass sie wieder eine Schwangerschaft ermöglicht oder bildet sich im Gegenteil ein Narbengewebe aus, das eine mehr oder weniger vollständige Obliteration der Uterushöhle und somit Sterilität herbeiführt?* »

Nach einem gedrängten Ueberblick der uns interessierenden Frage folgen einschlagende Beobachtungen aus der Litteratur, sowie 23 Fälle aus der *Lausanner geburtshülflichen Klinik und Poliklinik.*

Im ganzen bringt Isdebky so 166 Beobachtungen zusammen, die in Tabellenform nochmals übersichtlich zusammengestellt werden:

Zahl der beobachteten Fälle	Einmal ausgeschabt	Mehrere male ausgeschabt	Der Ausschabung sind Aborte vorangegangen		Kein Abortus vor der Ausschabung	Nach der Ausschabung			
			Einmal	Mehrere male		Zahl der Schwangerschaften	Zahl der ausgetragenen Geburten	Aborte	Noch schwanger
166	154	12	56	6	104	207	156	35	16

Die aus den zusammengetragenen Tatsachen sich ergebenden *Folgerungen* lauten:

I. Die Uterusschleimhaut kann durch die Ausschabung niemals vollständig entfernt werden, dank der engen Beziehung ihrer tieferen Schichten und der Uterus-Muskulatur; daraus ergiebt sich ohne weiteres die Möglichkeit der Regeneration.

II. Die vollständige Wiederherstellung der Uterusschleimhaut nach vorhergegangener Ausschabung ermöglicht spätere Schwangerschaften; der Verlauf dieser ist durch die Curettage oft in günstigem Sinn beeinflusst. (Heilung von eventuellen Endometritiden.) Die Ausschabung repräsentiert somit eine vorzügliche Behandlungs-Methode verschiedener Formen von Sterilität, sowie des habituellen Abortus.

III. Die nach einer eventuellen Ausschabung auftretenden Aborte können ersterer nicht zur Last gelegt werden.

Das Litteraturverzeichnis führt 42 Arbeiten auf.

Dr. E. Kahan, Bern:

Ueber die Morbidität nach Eihaut- und Placentar-Lösung bei Sublimat-Antisepsis des Genitalkanals*.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Bern:

Prof. Dr. P. Müller.

(Druck von J. Zalachowski, Charlottenburg, 1904.)

Die bis jetzt über die Mortalitätsverhältnisse der manuellen Placentarlösungen erschienenen statistischen Untersuchungen haben verschiedene,

* Es sei an dieser Stelle auf den in den therapeutischen Monatsheften, Juli 1895, veröffentlichten Aufsatz aus der *Berner Klinik* aufmerksam gemacht: *Dr. Max Frank:* « Ueber die Anwendung des Sublimats in der gynækologischen und geburtshülflichen Praxis ».

von einander abweichende Ergebnisse gezeitigt, indem die Autoren die manuelle Placentarlösung nicht isoliert in reiner Form untersuchten, sondern sämtliche Geburten mit manueller Lösung der Placenta in die Statistiken eingetragen haben, ohne jede Berücksichtigung, ob irgend welche andere Operation und Komplikation dabei beobachtet wurde.

Um ein richtiges Urteil über die klinische Bedeutung der manuellen Placentarlösung für den Verlauf des Wochenbetts sich zu verschaffen, hat Kahan an Hand von beigegebenen 25 Tabellen versucht, die manuellen Placentar- und Eihaut-Lösungen isoliert, in reiner Gestalt zu untersuchen und das Hauptgewicht nur auf den Wochenbettsverlauf derjenigen Kreissenden zu legen, bei welchen jede andere Operation, jede Komplikation und Verletzung unterblieben sind.

In Betracht kommen 45 manuelle Placentarlösungen und 28 manuelle Eihautlösungen. In jedem Falle wurde die Vagina vor dem Eingriff mit einer Sublimatlösung von 1 : 5000 desinfiziert und mit der gleichen Lösung nach dem Eingriff auch das Cavum uteri und die Vagina (noch einmal) gewaschen.

Unter allen 45 Fällen von manueller Placentarlösung ist kein Todesfall vorgekommen. Das durch Kahans Untersuchungen gewonnene Resultat lässt sich in folgenden Sätzen ausdrücken:

Die manuelle Lösung der Placenta hat eine gewisse ungünstige Wirkung auf den Verlauf des Wochenbettes, doch ist die allgemein verbreitete Meinung über die Gefährlichkeit dieser Operation übertrieben. An und für sich, sobald andere Operationen, Komplikationen und Verletzungen ausgeschlossen sind, ist die manuelle Placentarlösung nicht als gefährlich zu betrachten.

Die von Kahan bearbeiteten Fälle sind unter Anwendung von Sublimatantisepsis ausgeführt worden; dabei wurde ausser der Händedesinfektion noch vor und nach dem Eingriff eine Scheidenspülung vorgenommen.

Es sprechen weitere tabellarische Zusammenstellungen und Vergleichungen klar und deutlich für die Nützlichkeit einer gründlichen Desinfektion der Scheide bei jeder manuellen Eihaut- und Placentarlösung.

Dr. H. Ladame, Bern:

Beitrag zum Studium der Mortinatalität in der Schweiz.

Contribution à l'étude de la Mortinatalité suisse.

(Imprimerie Stæmpfli & C[ie], Berne, 1904.)

In der Schweiz zählt man jährlich 3—4000 Totgeborene, Anzahl, die bei der stetigen Verminderung der Geburten, nicht ausser acht zu lassen ist.

Ladame teilt die Totgeborenen in zwei grosse Klassen: 1. Fötus vor der Geburt abgestorben und 2. Fötus während der Geburt abgestorben; er nennt *Fœtogestimortalität* die Mortalität des Fœtus während der Schwangerschaft und *Fœtopartimortalität* die Mortalität des Fœtus während der Geburt. Das Studium dieser beiden Mortalitäten begreift die Fœtomortalität oder spezielle Mortinatalität.

Die Ursachen der Fœtogestimortalität gruppiert Ladame folgender massen:

Krankheiten mütterlicherseits, Unfälle, Anomalien der Placenta, Missbildungen, unbekannte Ursachen.

Die Ursachen der Fœtopartimortalität liegen in:
der Haltung und Lage des Fœtus, in Anomalien des Nabelstranges, in Anomalien der Placentar-Insertion (Pl. prævia), in Beckenanomalien, in Anomalien der Eihäute und des Fruchtwassers, in einer zu starken Entwicklung des Fœtus, in langdauernden Geburten, in Ruptur des Uterus, in der Perforation und in unbekannten Momenten.

Alle einzelnen Gruppen werden der Reihe nach eingehend an Hand der gefundenen Zahlen besprochen und müssen die interessanten Details im Original selbst nachgesehen werden.

Ladame *resumiert* seine sehr fleissige und verdienstvolle Arbeit *folgendermassen:*

1. Die vermutlichen Ursachen der Mortinatalität und der Neomortinatalität müssen durch eine eingehende Anamnese die Erzeuger beteffend, eruiert werden, denn die Erfahrung und die Statistik waren bis jetzt nicht im Stande, selbe in genügender Weise aufzuklären.

2. Eine solche Untersuchung die sich über das Gesamtgebiet der Schweiz zu erstrecken hätte, würde sicherlich neue Tatsachen zu Tage fördern und würde wichtige Fingerzeige zur Prophylaxe der Mortinatalität und der Neomortinatalität liefern, was um so notwendiger, als die Geburtenzahl in ständigem Sinken begriffen ist.



3. Was die Mortinatalität anbetrifft, so muss selbe in allgemeine und spezielle Mortinatalität unterschieden werden. Die spezielle Mortinatalität macht einen prinzipiellen Unterschied zwischen den Fœten, die vor der Geburt abgestorben sind (Fœtogestimortalität) und Fœten, die während der Geburt erlagen (Fœtopartimortalität); sie studiert des weitern die verschiedenen Gruppen bezüglich der ætiologischen Faktoren, die bereits oben angegeben wurden.

Die Initial-Differenzierung der Totgeborenen ist von grösster Wichtigkeit; wenn auch die Klassifikation der Totgeborenen je nach dem Eintritt des Todes (vor dem normalen Schwangerschaftstermin, am n. Schw.) einer gewissen Bedeutung nicht entbehrt, so ist sie der ersten Gruppierung doch untergeordnet, denn für gleichalterige und ungleichalterige Fœten sind die letalen Ursachen, denen sie während der Schwangerschaft ausgesetzt sind, ganz anderer Natur als die Ursachen die während der Geburt eine Rolle spielen, etc.

4. Für das Jahr 1900 weisen Städte mit mehr als 10,000 Einwohnern 90 °/₀ unbekannter Ursachen der Fœtogestimortalität auf (davon entfallen 85 °/₀ auf Entbindungsanstalten) und 10 °/₀ unbekannte Ursachen der Fœtopartimortalität (15 °/₀ entfallen auf Entbindungsanstalten). Diese Tatsachen zeigen uns deutlich, dass, wenn die Mortinatalität vorderhand noch unvollkommen bekannt ist, dies davon herrührt, dass wir die Mehrzahl der Ursachen der Fœtogestimortalität nicht kennen.

5. Es ist daher notwendig als Base dieser Untersuchungen sich des von Ladame ausgearbeiteten Fragebogens zu bedienen, der die Berechnung der verschiedenen Koeffizienten vermittelst der individualisierenden Methode gestattet; des weiteren sollen die Schweizer-Aerzte zur Mitarbeit herbeigezogen werden, ganz besonders aber die Leiter der Entbindungsanstalten und die Spezial-Aerzte für Geburtshilfe.

6. Wenn man sich die fundamentale Wichtigkeit der Annahme eines solchen Fragebogens betreffs der Erforschung der sanitären Bedingungen der Erzeuger (deren Fœtomortalität ein vorzüglicher Prüfstein ist) und betreffs der Prädisposition der kommenden Generationen vergegenwärtigt, wenn man sich die Nützlichkeit eines solchen Fragebogens bezüglich der Ausarbeitung von Versicherungen, fœtalen und mütterlichen Totentafeln vor Auge führt, dann wird man begreifen, dass es für die masgebenden Behörden eine Pflicht ist, Mittel und Wege zu finden, um dem vorgesteckten Ziele immer mehr sich zu nähern.

Dr. H. Lazaris, Genf:

Die nervöse Form der Osteomalacie.

De l'Ostéomalacie à forme nerveuse.

Aus der med. Klinik der Universität Genf:

Prof. Dr. Bard.

(Imprimerie Ch. Zœllner, Genève, 1904.)

Verfasser hat sich zur Aufgabe gestellt, die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von Osteomalacie-Fällen zu lenken, die hauptsächlich durch nervöse Symptome imponieren.

Der erste, der auf diese Form aufmerksam gemacht, war Paviot von Lyon. Während des Jahres 1903 kamen dann an der Bard'*schen Klinik* in Genf drei einschlagende Fälle zur Beobachtung, die sämtlich Frauen betrafen (von 40, 60 und 62 Jahren).

Nach einem *historischen Ueberblick* über die « *nervöse Symptomatologie* » der Osteomalacie folgen detailliert 7 Krankengeschichten, wovon drei aus der Genfer med. Klinik.

Weitere Kapitel behandeln die « *nervöse Symptomatologie* », *die Diagnose, die Pathogenese, die Prognose und Therapie.*

Die Schlussfolgerungen der auch für den Gynækologen interessanten Arbeit lauten:

1. Es existieren Fälle von Osteomalacie, bei denen nervöse Symptome und eine relative Systematisation vorherrschen und die eine organische Affektion des Nervensystems vortäuschen können. Diese Fälle sollen unter dem Namen « nervöse Form der Osteomalacie » bekannt gemacht werden.

2. Die « nervöse Form der Osteomalacie » kann je nach dem Falle eine grosse Anzahl von verschiedensten nervösen Erkrankungen nachahmen, wie amyotrophische Lateralsklerose, chronische Myelitis, Pott'sche Krankheit, schmerzhafte, carcinomatöse Paraplegie, gewisse Formen von Neuritiden.

3. Die Diagnose basiert sich ganz besonders auf die Erkennung von solchen Symptomen, die der Osteomalacie eigen sind; an eine Verwechslung mit nervösen Symptomen muss stets gedacht werden.

4. Eine richtige Diagnose ist um so notwendiger, als die nervöse Form der Osteomalacie bedeutender Besserung, ja selbst Heilung zugänglich

ist, vorausgesetzt, dass eine Allgemeinbehandlung der Osteomalacie in Scene gesetzt wird.

Das Literaturverzeichnis führt 40 Arbeiten an.

Dr. A. Lombardi, Zürich:

Beobachtungen über Perityphlitis an der Zürcher chirurgischen Klinik während der Jahre 1901 (IV—XII) bis 1903 (I—IV).

(Buchdruckerei Arnold Bopp, Zürich, 1904.)

Die vorliegende Arbeit umfasst die Appendicitis-Fälle, welche vom 1. April 1901 bis 1. April 1903 unter der Direktion von Prof. Krönlein beobachtet worden sind. Sie reiht sich somit der früheren Arbeit von Dr. Hæmig * an, welcher das entsprechende Material aus den Jahren vom 1. April 1881 bis 1. April 1901 bearbeitet hat.

Tabelle der *Hämig*'schen und der *Lombardi*'schen Fälle:

Jahrgang	Nicht operiert	Während des Anfalles operiert		Im freien Intervall reseciert	Total
		mit localisiertem Prozess	mit allgemeiner Peritonitis		
I-IV 1881 bis I-IV 1903	50	104	55	265	474
Davon †	5	6	43	0	54 (11,4%)

Symptome: Die Appendicitis tritt nicht immer mit den typischen Symptomen auf, sondern manchmal in einer so verschleierten Form, dass eine sichere Diagnose schwer oder überhaupt nicht zu stellen ist. Sehr häufig beginnt die Krankheit mit plötzlichen, diffusen, mehr oder weniger heftigen Leibschmerzen, die dann im Verlauf von Stunden in der rechten fossa iliaca sich lokalisieren. In der Mehrzahl der Fälle aber lokalisieren sich die Schmerzen von Beginn an in der rechten Bauchseite. Der Leib ist meistens aufgetrieben. Durch die Bauchdecken ist häufig

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 35: *Dr. G. Hæmig:* « Beobachtungen über Perityphlitis an der Zürcher chirurgischen Klinik während den zwei Dezenien 1881—1901. »

eine deutliche Resistenz in der Ileo-cœcal-Gegend zu fühlen und durch die Perkussion ist an dieser Stelle eine Dämpfung zu bekommen. Wenn durch die Bauchdecken gar kein Tumor zu fühlen ist, so vernachlässige man nicht, besonders, wenn ein schwerer Fall vorliegt. per rectum oder per vaginam zu untersuchen, weil sehr oft durch diese Untersuchung ein tief liegender Abscess zu entdecken ist.

Ein mitgeteilter Fall, ein 8-jähriges Mädchen betreffend, illustriert das Gesagte: Die rectale Untersuchung, nach Entleerung der Blase, ergab eine apfelgrosse Vorwölbung des Douglas.

Zu der lokalen Veränderung am Leibe treten bei der Appendicitis *weitere Symptome* hinzu:

Uebelkeit, Erbrechen, Singultus, Aufstossen, Appetitlosigkeit, Obstipation, Zunge fast ausnahmslos belegt, oft Fœtor ex ore. Das Fieber kann eine bedeutende Höhe erreichen, kann aber auch fehlen. Puls 100—120. Urinretention; Indicanvermehrung im Harn; kolikartige Bauchschmerzen (Colica appendicularis, Sonnenburg); später sehr heftige Schmerzen.

Die Krankheit in ihrem Verlaufe kann sich verschieden gestalten.

Die Ansichten der Autoren über die Qualität event. bestehender perityphlitischer Tumoren sind mannigfaltig; nach Lombardi's Ansicht geht Sahli entschieden zu weit, wenn er behauptet, dass alle perityphlitischen Tumoren eiteriger Natur seien.

Die Müller'sche* Dissertation berichtet von 3 Beobachtungen, bei welchen ein Hydrops des proc. verm. gefunden wurde. Die Beschaffenheit des Exsudates war klar, serös, transparent und schleimig. Roux teilt 4 operativ behandelte Fälle mit, bei denen keine Spur von purulenter Peritonitis trotz Wurmfortsatzperforation nachzuweisen war.

Unter den von Lombardi in Betracht gezogenen Fällen fand er ebenfalls 2 *Hydrops der Appendix,* die mitgeteilt werden:

Bei einem weiteren Falle war die Spitze des proc. vermif. nicht aufgetrieben, enthielt aber ein blasses, geruchloses Exsudat; in wieder einer andern Beobachtung bildete das starke und eigrosse Klumpen bildende Netz einen bei der äusseren Untersuchung konstatierten Tumor.

Welches ist nun das weitere Schicksal eines Abscesses? Kann er resorbiert werden oder nicht? Dass eine vollständige Eiterresorption stattfinden kann, ist die Ansicht von Sahli; eine positive Lösung dieser Frage fällt aber sehr schwer.

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 134: *Dr. A. Müller:* « Hundert Fälle von Perityphlitis ».

Auch aus der LOMBARDI'schen Statistik geht hervor, dass die Perityphlitis häufiger Männer als Frauen befällt. Erkältungsursachen. Dass die Blinddarmentzündung hauptsächlich zwischen dem 10.—30. Lebensjahre vorkommt, ist dadurch zu erklären, dass im frühen Kindesalter die Appendix durch eine weite Oeffnung mit dem Darm kommuniziert, infolgedessen die in ihr Lumen eingetretenen Kotpartikelchen, sowie das von ihr gebildete Sekret nicht so leicht sich stauen können. Im höheren Alter verengert sich dagegen das Lumen des Wurmfortsatzes dermassen, dass er von der Krankheit relativ verschont bleibt. Das Uebergangsstadium aber zwischen beiden physiologischen Vorgängen ist im höchsten Grade gefährdet.

LOMBARDI hat alle akuten Anfälle und Recidive, deren Datum bekannt war, benützt, das Auftreten der ersten Anfälle und der Recidive nach Berücksichtigung der Jahreszeit zu bestimmen. *Die Perityphlitis tritt vom Monat Mai bis September auf.*

Ursache der Erkrankung. LOMBARDI bestreitet eine primäre Entzündung des Cœcums bei der Appendicitis, hält aber die *Kotstauung des Cœcums* als eines der möglichen, auslösenden Momente. Dass im Cœcum eine Kotstauung und eine Eindickung des Darminhaltes stattfinden kann, beweist eine mitgeteilte Beobachtung eines 16 Jahre alten Mädchens.

Ausser der Verstopfung kommen noch *andere ætiologische Momente* in Betracht: Genuss von kalten Getränken und Speisen, von Früchten, Diätfehler, Anstrengung, Heben von schweren Lasten. Dass ferner die Appendicitis die Folge eines Traumas in der rechten fossa iliaca sein kann, beweist eine Anamnese eines 15-jährigen Patienten.

Verschluckte Gegenstände haben, wenn auch sehr selten, Veranlassung für die Appendicitis abgegeben. LOMBARDI hatte Gelegenheit zu konstatieren, dass das *Auftreten der Menstruation einen Einfluss auf die Blinddarmentzündung* ausüben kann:

17 Jahre altes Frl.; hat als 4-jähriges Mädchen eine Blinddarmentzündung durchgemacht. Seit dieser Zeit jedes Jahr einen Anfall. Mit dem 14. Jahre trat die Menstruation ein und seither erkrankte sie an Blinddarmentzündung jedesmal, wenn sie sich während jener Zeit eine Erkältung zuzog. Die Monate März und April schienen die Krankheit am meisten zu begünstigen. Die Patientin litt jedesmal an starken Schmerzen stechender und krampfartiger Natur in der Ileo-cœcal-Gegend, an einer umschriebenen Stelle. Dabei fieberte sie öfters bis 39—40°. Andere Male verlief der Anfall ohne Temperaturerhöhung. Im Jahre 1900 bekam die Patientin zwei Anfälle, denen im Jahre 1901 ein dritter folgte. *Operations-Befund:* Der proc. vermiform. war nach oben geschlagen. Er war dünn und an der Spitze etwas verwachsen.

Die *Zeit der Schwangerschaft* bleibt von der Blinddarmentzündung nicht immer verschont.

Andere Ursachen: Uebermässige Länge der Appendix; Enge des Ileum beim Uebergange ins Cœcum; familiäre Disposition.

Die Zahl der Fälle, welche im akuten Anfall in die Klinik gebracht wurden, beträgt 11; sie wurden exspektativ behandelt; man erzielte 9 vollständige Heilungen.

Lombardi geht nun auf die Besprechung der *Operation während des Anfalles* ein; dann führt er eine Beobachtung an, die geeignet ist, die Ausdehnung und den Durchbruch des perityphlitischen Eiters zu illustrieren; folgt des weiteren ein Fall, bei dem eine Tuberkulose der Lungen, des Cœcums und des Wurmfortsatzes bestand. Als Kuriosum eines merkwürdigen Verlaufes und der zum Teil unerklärlichen Symptome wird eine weitere Krankengeschichte mitgeteilt.

Der *Verlauf der im Anfall operierten Fälle* mit lokalisiertem Prozesse war mit sehr wenigen Ausnahmen reaktionslos.

Besprechung der im Anfall bei bestehender allgemeiner Peritonitis operierten Fälle. Hieher gehören 19 Fälle, die schon mit ausgesprochener Peritonitis in das Spital gebracht worden waren und 5, die ein paar Stunden nach der Aufnahme alle Zeichen einer Bauchfellentzündung zeigten; ebenso wurden 2 andere Kranke in Prof. Krönlein's Privatpraxis laparotomiert.

Von diesen 26 Patienten starben 21, während 5 andere sich vollständig erholten. (Folgen einige interessante Fälle.)

Besprechung der im freien Intervall operierten Kranken, welche entweder einen einzigen oder mehrere perityphlitische Anfälle durchgemacht hatten. Diese Kategorie umfasst 153 Patienten, bei denen die Exstirpation des proc. vermif. vorgenommen wurde; kein Todesfall; der Wundverlauf beinahe immer reaktionslos; solide Narben.

Komplikationen der Appendicitis: Kotfisteln, *Senkungsabscesse, die beim Weibe* sogar zu einer rechtseitigen Parametritis führen können.

Lombardi fand in seinen Krankengeschichten 3 mal Thrombose der linken und 1 mal der rechten Vena femoralis notiert.

Zuletzt sind die in der Operationsnarbe entstandenen Hernien als Komplikationen zu nennen, sowie Pneumomie, Lungeninfarkte und Pleuritis.

Im Anschluss an die allgemeine und spezielle Besprechung der Appendicitis gibt Lombardi eine kurze *Darstellung der am Wurmfortsatz angetrof-*

fenen Veränderungen: Die grösste durch Operation gewonnene Appendix besass eine Länge von 12 cm; einmal lag das Colon mit dem aus seiner lateralen und hinteren Seite entspringenden proc. vermiform. nach oben gedreht. Zwischen beiden bestand eine innige Verwachsung. Am häufigsten wurde der Wurmfortsatz im kleinen Becken gefunden, wo er einmal sogar mit der rechten Tube verwachsen war; bei einem anderen Falle lag die Spitze des nekrotischen und perforierten proc. vermiform. dicht in der Nähe der stark injicierten rechten Tube. Der exstirpierte Wurmfortsatz war zum grössten Teil nekrotisch und präsentierte in seinem distalen Ende einen grossen Kotstein. Bei einem 16-jährigen Mädchen war die Appendix in der Nähe des rechten Ovarium verklebt und zeigte zwei kolbige, durch eine zwischen beiden gelegene Einschnürung getrennte Anschwellung, von denen die proximale einen Kotstein enthielt und die distale in eine kleine Abscesshöhle umgewandelt war.

Ein einziges Mal war die Appendix mit der arteria iliaca verklebt gefunden; ebenfalls ein einziges Mal fand man den proc. vermif. mit dem Bruchsack verwachsen, gleichzeitig bestand eine Adhærenz zwischen Gallenblase und einer Jejunumschlinge. In einem weiteren Falle wurde eine Verlagerung des proc. vermif. nach oben beobachtet, mit einfacher oder doppelter Knickung; dass eine solche zu einer Perforation des Wurmfortsatzes Veranlassung geben kann, wird dadurch bewiesen, dass mehrmals an der Knickungsstelle eine Perforationsöffnung gefunden wurde.

Bei seinem Lagerwechsel behält der proc. vermif. nicht immer seine normale Gestalt, sondern wird oft gezwungen, dieselbe zu ändern (2 persönliche Beobachtungen).

Die Entzündung bei der Perityphlitis bleibt meistens nicht auf den Wurmfortsatz beschränkt, sondern dehnt sich auf das benachbarte Peritoneum und die Darmschlingen aus. Durch den entzündlichen Reiz verkleben die Därme untereinander um die Appendix herum und bilden so eine Art Abschluss der intakten Bauchhöhle; es wird also bei allfälliger Perforation nicht die Bauchhöhle, sondern der durch die Verklebung gebildete Hohlraum zunächst infiziert, wie eine persönliche Beobachtung demonstriert. Folgt ein charakteristischer Fall von Fistelbildung nach einer Operation durch Verwachsung des perforierten Wurmfortsatzes mit der Bauchwunde.

Inhalt der resecierten Wurmfortsätze: 6 mal Empyem und 2 Mal Hydrops. Wiederholt wurde, ohne dass eine Erweiterung des Lumens bestand, mehr oder weniger reichliches seröses Exsudat und flüssiger Kot

nachgewiesen. Ausserdem wurden in 20 Fällen einzelne Kotsteine, in 5 weiteren Fällen je 2 Kotsteine in der Appendix gefunden.

Lombardi begegnete 42 mal der *Perforation des Wurmfortsatzes.* Geht das dabei enstandene Geschwür in Heilung über, so entsteht meistens eine Narbe, welche event. zu einer Stenose des Lumens führen kann; dass eine solche das peripher gebildete Sekret zur Stauung bringe, wird an einer einschlagenden Beobachtung demonstriert.

Bezüglich der *Differential-Diagnose* muss man an folgende Affektionen denken: Carcinom des Cœcums, Nieren- und Gallensteinkoliken.

Die Differentialdiagnose zwischen rechtseitiger Adnex-Affektion und Appendicitis ist manchmal so schwierig, dass man zu einem sicheren Schluss kaum kommen kann.

Dass eine reine Adnexaffektion auch zu Symptomen in der rechten fossa iliaca führen kann, die für eine Blinddarmentzündung und nicht für eine Genitalerkrankung sprechen, wenn an den Genitalien nichts Pathologisches nachzuweisen ist, wird durch einen von Müller (Basel) mitgeteilten Fall erwiesen:

Es handelte sich um einen kindskopfgrossen, abgekapselten, peritonitischen Herd, der von einer puerperalen Eiterung der rechten Tube ausgehend, alle Erscheinungen der peritonitischen Reizung zeigte. Die Erkrankung sprach für Appendicitis, besonders weil in dem rechten Hypogastrium eine Dämpfung und eine Resistenz nachzuweisen war, während der Genitalbefund negativ blieb.

Hämig teilt 2 Fälle mit, welche mit der Diagnose Peritonitis und Perityphlitis in's Krankenhaus gesandt worden waren und bei denen es sich in dem einen Fall um einen abgekapselten Pyosalpinx und bei dem andern um eine geplatzte Tubargravidität handelte.

Weitere Verwechslungen kommen vor mit Ulcus ventriculi, Wanderniere, perforiertes Ulcus mit Peritonitis, Carcinom und Tuberkulose von Darm und Mesenterium, akute Entzündungen des Pancreas, Darminvagination, Darm-Aktynomykosis.

Die richtige Zeit für ein event. operatives Einschreiten ist diejenige von ca. 6 Wochen nach überstandenem Anfall.

Zur Gruppe der im freien Intervall zu operierenden Fälle gehören verschiedene Kategorien:

1. Diejenigen Patienten, welche verschiedene Anfälle mit völlig beschwerdefreien Intervallen durchgemacht haben.

2. Diejenigen, bei denen die Anfälle nicht besonders heftig, die Zwischenzeiten aber nicht ganz schmerzfrei waren.

3. Diejenigen, bei welchen nie ein richtiger Anfall zum Ausbruch kam, immerhin die Beschwerden aber so lästig wurden, dass das Gefühl des Unwohlseins nie ganz schwand.

Zwölf instruktive Abbildungen von am proc. vermif. erhobenen Befunden sind beigegeben.

Dr. N. Maléeff, Lausanne:

Beitrag zum Studium der Struktur des Collum uteri.

Contribution à l'étude de la Structure du Col utérin.

Travail du Laboratoire d'Anatomie de l'Université de Lausanne: Prof. Dr. A. Roux.

(Imprimerie Charles Guex, Lausanne, 1904.)

Nach einem historischen Ueberblick der Frage und nach Beschreibung der bei der Untersuchung von 12 Uteri (11 Monate—74 Jahre) befolgten Technik, stellt Maléeff die gefundenen Tatsachen in folgende Sätze zusammen:

1. Die Cervix setzt sich in jedem Lebensalter und unter den verschiedensten Bedingungen aus 3 Elementen zusammen, aus dem Muskelgewebe, den elastischen Fasern und dem Bindegewebe.

2. *Das Muskelgewebe* ist am meisten vorherrschend; man kann davon zwei deutliche Schichten, konzentrisch um den Cervicalkanal angeordnet, unterscheiden, eine innere plexiforme und eine äussere, zirkuläre Schicht.

Die erste Schicht wird aus Muskelbündeln gebildet, die in der verschiedensten Richtung ziehen und sich kreuzen, die also einen Plexus bilden, daher der von uns gegebene Name plexiform. Dieser Plexus war am deutlichsten im Präparat Nr. 4 (Mädchen von 8 Jahren) ausgesprochen; hier konstatierte man sogar vollständig radiär verlaufende Fasern. (Fig. 39). Oft bieten in ein und demselben Uterus die hintere und vordere Wand gewisse Unterschiede betreffs Dicke dieser Schicht. Bei jungen Individuen und bei Nulliparen nimmt diese plexiforme Schicht nie mehr als die Hälfte des Cervicalkanals ein, während sie bei Multiparen fast den ganzen Cervix mitbilden hilft. Die zirkuläre Schicht ist in diesen letzten Präparaten nur durch einige seltene, ganz oberflächlich gelegene Bündeln vertreten.

Die zweite zirkuläre Schicht nimmt eine gute Hälfte der Cervicalwand ein; in der hinteren Wand der Portio supravaginalis selbst mehr. Die äusseren Bündel dieser Schichte verlaufen eher in transversalem Sinne und existieren nur in der hinteren und vorderen Wand; seitlich gehen sie in die Lig. lata über.

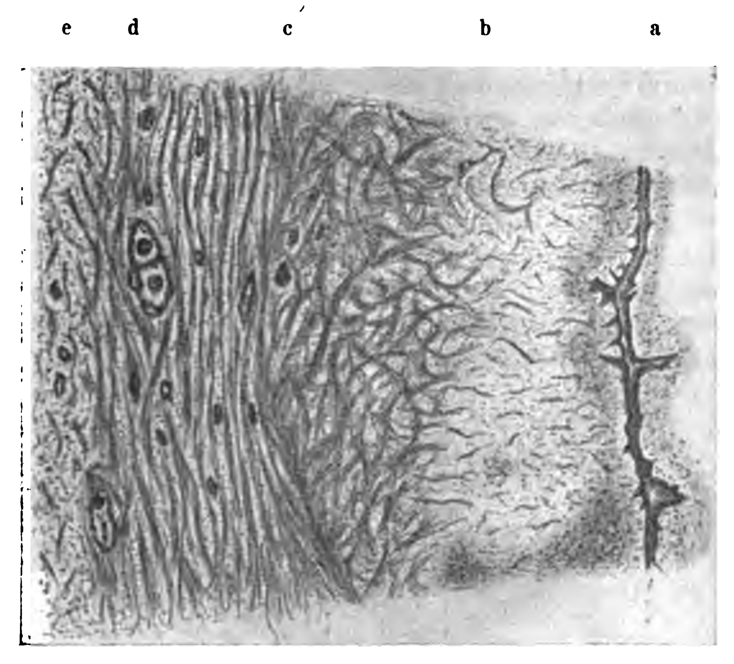


Fig. 39.

Transversaler Schnitt durch die vordere Wand der Vaginalportion von Uterus N° 4.
a Cervicalcanal. a-b Schleimhaut. b-c Plexiforme Muskelschicht.
c-d Zirkuläre Muskelschicht. d-e Paracervicales Bindegewebe.

Es muss hinzugefügt werden, dass die beiden Schichten nur in der Cervix von jungen Nulliparen typisch ausgebildet vorgefunden werden. Wir haben bereits bemerkt, dass bei den Multiparen die zirkuläre Schicht nur wenige Bündel aufweist; bei ganz jungen Mädchen ist die Grenze zwischen den beiden Muskelschichten wenig ausgesprochen.

Ausser den beiden Schichten, plexiform und zirkulär, enthalten sämtliche untersuchten Cervices noch zahlreiche längsverlaufende, in der seitlichen Cervixwandung besonders reichlich angehäufte Bündel.

Es ist noch hinzuzufügen, dass das muskuläre Element im allgemeinen

an Häufigkeit mit zunehmendem Alter abnimmt. Indem das Muskel-Element atrophiert, wird es durch Bindegewebe ersetzt.*

3. *Die elastischen Fasern*** existieren in etwa derselben Reichhaltigkeit in sämtlichen Cervices, in jedem Alter, beim Kinde ebenso ausgebildet wie bei der jungen Nullipara, bei den Multiparen wie bei alten Personen.

Die elastischen Fasern kommen häufiger vor, als dies gewöhnlich angenommen wurde; wir finden sie in allen Schichten der Cervical-Wand in der Form von zarten, stark gewellten Fibrillen, die zahlreiche kollaterale Zweige abgeben, welche sich zu einem wahren Netz verschlingen.

In der Schleimhaut beginnt dieses Netz sogleich unterhalb des Epitheliums. Im Niveau des Chorion umgeben die Maschen, die die elastischen Fasern bilden, die cellulären Elemente.

In Innern der Portio sind die elastischen Bündel eng den Muskel-Bündeln angeschlossen, sie bewahren absolut den gleichen Verlauf wie diese; nur die transversal verlaufenden Zweige haben keine bestimmte Richtung. (Fig. 40).

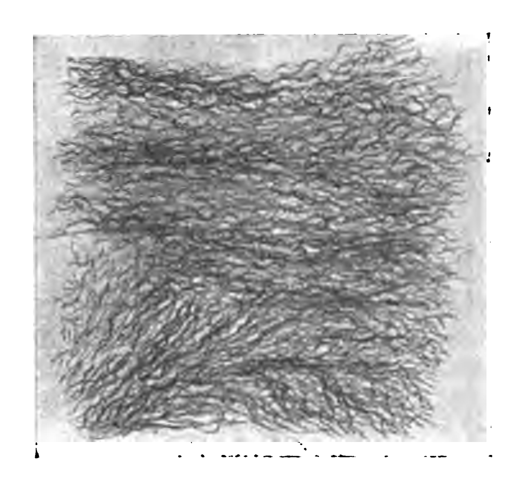


Fig. 40.

Elastische Fasern in mitten von Muskelgewebe der Cervixwandung von Uterus No. 1.

* Siehe *Gyn. Helvet.* I, pag. 25. *Jentzer-Beuttner:* « Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Castrationsatrophie ». Die beiden Autoren haben dort experimentel nachgewiesen, wie nach Castration (künstliche Klimax) das Muskelgewebe successiv durch Bindegewebe ersetzt wird.

** Siehe *Ludwig Pick:* « Ueber das elastische Gewebe in der normalen und pathologisch-veränderten Gebärmutter ». Sammlung klin. Vorträge, Nr. 283, 1900.

Da die elastischen und muskulären Bündel parallel zu einander verlaufen, so sehen wir auf transversalen Schnitten der Cervix die elastischen Fasern in längsverlaufender, zirkulärer und tranvsersaler Richtung in den Muskelbündeln. In den Längs-Bündeln erscheinen die querdurchschnittenen elastischen Faserbündel wie feine, punktierte Stellen. Die kollateralen Zweige und die transversalen Fasern des Netzes, die man an ihrer ausgeprägten Feinheit erkennt, sind ganz besonders in den transversalen Schnitten der Längsmuskel-Bündel sichtbar.

4. *Das Bindegewebe* ist nicht an eine besondere Schicht gebunden; es ist fibrilläres Bindegewebe, das man im Innern der Portio nur zwischen den Muskelbündeln findet. An der Peripherie wird es viel voluminöser und bildet den Hauptbestandteil des paracervicalen Gewebes. Mit zunehmendem Alter nimmt auch das Bindegewebe progressiv zu.

5. Die Untersuchungen, die am Corpus uteri von 3 Fällen ausgeführt worden sind, gestatten den Schluss, dass der grosse Reichtum der Cervix an elastischen Fasern nichts für letztere Charakteristisches hat und dass er sich vielmehr über den ganzen Uterus ausbreitet.

Dr. M. Marullaz, Lausanne:

Zwei Fälle von primären Tumoren der Vagina.

Deux cas de Tumeurs primitives du vagin.

Institut pathologique de l'Université de Lausanne:

Prof. Dr. Stilling.

(Imprimerie Pache-Varidel, Lausanne, 1904.)

I. Malignes Epitheliom der Vagina, herstammend von einer Chorionzotte; Uterus normal.

34-jährige Frau. 1. und 2. Geburt normal; 3. Geburt am 13. Febr. 1903 ebenfalls normal; am 10. Tage post partum Vaginalblutung, ohne Unterbrechung, während des ganzen Monates April Blutabgang aus der Scheide; innere Untersuchung und Eintritt ins Spital am 22. Mai 1903.

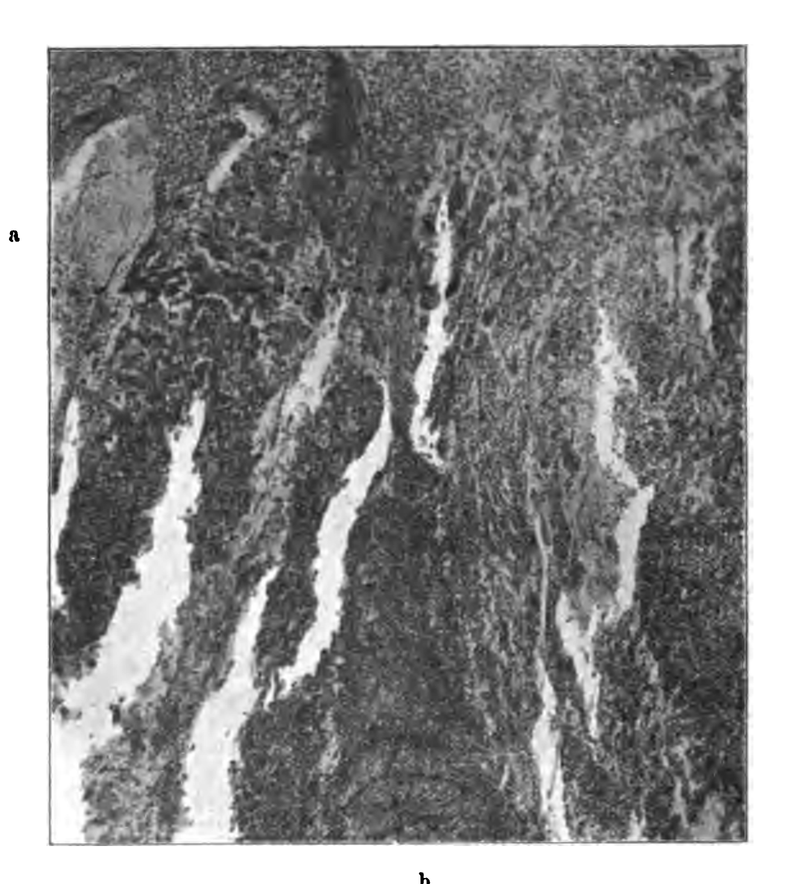
Status. Cachektische Frau; bei der inneren Untersuchung findet man an der hinteren und linken seitlichen Vaginalwand einen ulcerierten, längsovalen Tumor, am Scheideneingang beginnend und ca. 6 cm. nach oben gehend; er erhebt sich circa 1 cm. über die Vaginalschleimhaut und scheint einen voluminösen Stiel zu besitzen.

Bei der Inspektion findet man eine ulcerierte Geschwulstmasse mit regelmässigen Rändern; das Zentrum wird durch einen tiefen Krater, der nekrotische Massen enthält, gebildet. Uterus und Adnexe normal.

Operation am 25. Mai. Totalexstirpation des Tumors. (Fig. 41).

Exitus am 4. Juli 1903. Lungenmetastasen.

a



b

Fig. 41.

Malignes Epitheliom der Vagina.
a Syncytiale Massen. b Fibrin.

Es folgt eine genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung des gewonnenen Präparates; die einschlägigen Fälle werden kurz besprochen.

II. Rhabdomyosarcom der Scheide.

11 Monate altes Mädchen; zwischen den grossen Schamlippen eine Himbeeren-artige, kleine Geschwulst, auf der hinteren, unteren Partie der Vulva inseriert, vermittelst eines ziemlich voluminösen Stieles. Weder die Harnröhrenmündung nochdie Vagina kann man zu Gesicht bekommen; keine Inguinaldrüsen. (Fig. 42).

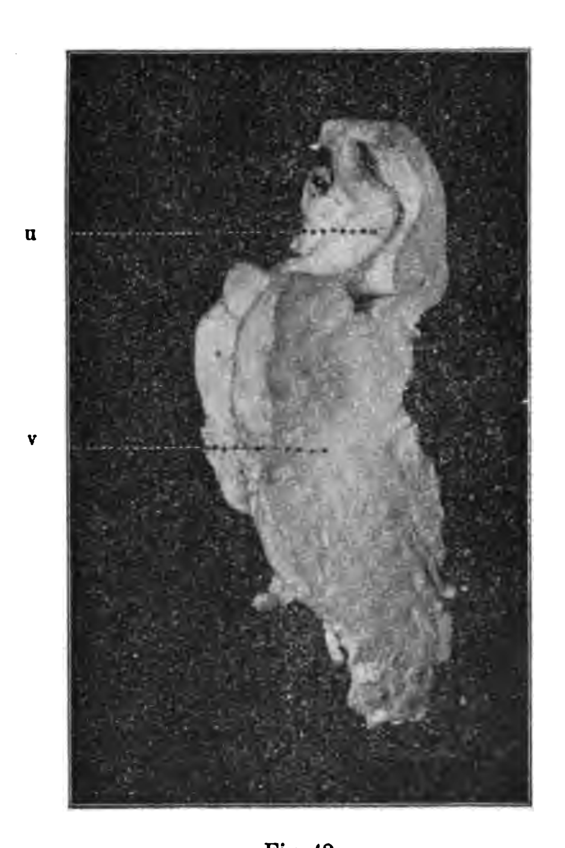


Fig. 42.

Rhabdomyosarcom der Scheide. (Natürliche Grösse). u Uterus. v Vagina.

Da der Fall zur Autopsie kam, so gibt Marullaz die genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung der vorliegenden Geschwulstmassen (Fig. 43 und 44) und kommt zum Schluss kurz auf bereits publizierte Fälle zu sprechen.

A

Fig. 43. A Quergestreifte Muskulatur.

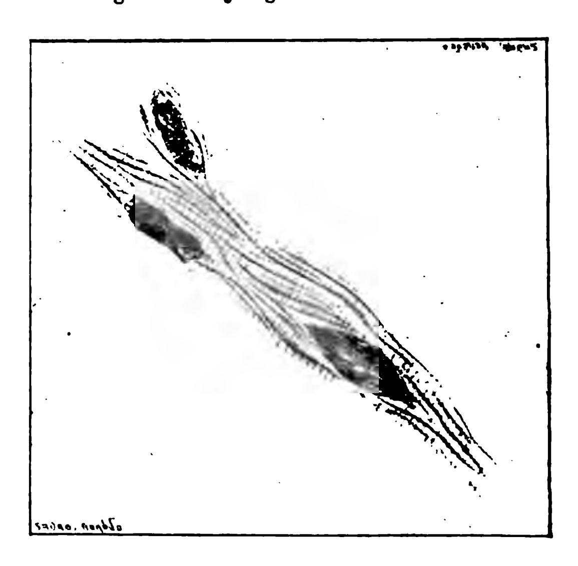


Fig. 44. Quergestreifte Muskelfaser.

Dr. Joh. A. Monn, Frauenfeld:

Die Heisswasser-Alkoholdesinfektion.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:

Prof. Dr. O. v. Herff.

(Buchdruckerei F. Müller, Frauenfeld, 1904.)

Monn gibt zuerst auf 56 Seiten eine vorzügliche historische Bearbeitung der uns interessierenden, ziemlich verwickelten Frage; nachdem so die vielen bakteriologischen Versuche, die verschiedenen Ansichten für und wider die Heisswasser-Alkoholdesinfektion näher dargelegt worden sind, wird auf die klinischen Erfolge der *Basler* Frauenklinik, seit Einführung der Heisswasser-Alkoholdesinfektion (1902 und 1903) näher eingegangen.

Es werden zuerst die *besondern Verhältnisse,* die an der *Basler Klinik* herrschen, besprochen: 82,5 % verheiratete Frauen und nur 17,5 % ledige Personen kamen zur Geburt; etwa 80 % aller Frauen kommen mit Wehen unmittelbar von ihrer Arbeit, nicht selten mit gesprungener Blase, oder doch so spät, dass sie kaum gereinigt werden können. Weiter ist in Betracht zu ziehen, dass bei der überwiegenden Anzahl von Mehr- und Vielgebärenden Erschlaffungen des Scheidenschlusses und alte Darmverletzungen sehr häufig vorkommen, also einer Spontaninfektion besonders im Wochenbett Tür und Tor geöffnet ist.

Für *die Studierenden*, welche ja zur gleichen Zeit die pathologische Anatomie etc. besuchen, gelten folgende Bestimmungen:

I. Karenzzeit. 24 stündige Karenzzeit nach Berührung mit irgend welchen septischen, faulenden oder sonstwie ansteckenden Stoffen oder Krankheiten. Jede Erklärung in dieser Beziehung wird als *ehrenwörtlich* abgegeben angesehen. — Jede Wunde, jeder Ausschlag und dergleichen an den Händen oder an den Vorderarmen, mögen diese noch so unbedeutend erscheinen, müssen sofort dem diensttuenden Assistenzarzte gezeigt werden, der das Weitere veranlassen wird.

II. Desinfektionsordnung.

1. «Der Rock ist vor Eintritt in den Gebärsaal, wie überhaupt stets vor Leitung einer jeden Geburt im Privathause, abzulegen. Statt dessen erhält in der Anstalt der Praktikant einen leinenen Kittel.»

2. «Die Untersuchung darf nur mit entblössten Armen geschehen.»

3. «Nach einer vorgängigen kurzen Waschung der Hände beginnt die Desinfektion der Hände und Arme mit der Behandlung der Fingernägel.

Diese müssen möglichst kurz abgeschnitten, abgestumpft und geglättet werden. Der Schmutz unter dem Nagel und im Nagelbette muss mit dem Nagelreiniger auf das *Sorgfältigste* entfernt werden. »

4. « Hierauf schliesst sich die *Waschung der Hände und Arme.* Mindestens *fünf Minuten* hindurch — nach der Uhr zu kontrollieren — sind die Nägel, Hände und Vorderarme mit *Bürste, Seife* und *möglichst heissem Wasser* gründlich zu reinigen und öfters das Wasser zu erneuern. Die Seitenflächen der Finger, die Zwischenfingerräume, sowie die Maus sind mit *längsgestellter* Bürste besonders zu bearbeiten. Auch sind während dieser Zeit die Nägel nochmals zu reinigen. »

5. « Die zu reinigende Hand wird sodann *fünf Minuten mit Flanellläppchen, die wiederholt in reinen Alkohol zu tauchen sind, gründlich abgerieben.* Durch drehende und stopfende Bewegungen innerhalb des in der anderen Hand zusammengefalteten Flanellläppchens sind ganz besonders die Nagelglieder zu desinfizieren. »

6. « Nach *Eintauchen* der Finger in Lysol, um sie schlüpfrig zu machen, erfolgt jetzt unmittelbar die Untersuchung. Muss man etwas warten, so deckt man die untersuchende Hand mit dem Flanelllappen. »

7. « Eine desinfizierte Hand, welche *vor* der Untersuchung irgend welche Gegenstände, besonders Kleidungsstücke, Taschentücher u. s. w. berührt hat, muss von neuem desinfiziert werden. »

8. « Die Untersuchung darf nur im Beisein des Arztes oder einer Hebamme stattfinden. »

9. « Die diensttuende Hebamme hat die Verpflichtung, auf Ausführung obiger Bestimmungen strengstens zu achten. »

10. « Jeder Untersucher hat sich in das Journalbuch einzutragen. »

Als Prophylaxe benutzen Assistenten, Hebammen und Studierende im Frauenspital zur Untersuchnng von Wöchnerinnen, septischen Kranken und zum Verband eiternder Wunden entweder Gummihandschuhe oder mindestens Fingerlinge, letztere durchweg bei Rectaluntersuchungen und bei vag. Untersuchungen mit eitrigen Erkrankungen (Carcinome u. s. w.). Bei Geburten werden Handschuhe nur von Anstaltsärzten und Hebammen benutzt, bei fiebernden, infizierten Fällen, bei Lues, hier als persönlicher Schutz, gelegentlich zur Untersuchung eiliger Fälle, nicht nur um rasch eine vorläufige Diagnose zu stellen, sondern auch bei rasch notwendig werdenden Operationen, wenn durch den notwendigen Zeitverlust bei korrekter Desinfektion Nachteile für die Kreissende zu er-

warten wären, z. B. Nabelschnurvorfall bei tiefstehendem Kopfe, dringende manuelle Placentarlösung u. s. w. Hebammenschülerinnen und Studenten benutzen keine Handschuhe, ausser bei recenter Lues zum eigenen Schutze.

Was die Reinigung und Desinfektion der *Kreissenden selbst* anbetrifft, ist folgendes zu sagen:

1. Beim Eintritt wird ein Glycerinclysma verabreicht zur Entleerung des Darmes.

2. Dann folgt ein warmes Vollbad (28°), wobei die Frau am ganzen Körper mit Schmierseife abgewaschen wird.

3. Jetzt wird die Frau mit sterilisierter Wäsche (Hemd und Jacke) bekleidet und auf das mit sterilisiertem Bezug versehene Bett im Kreisssaal gelagert.

4. Dann folgt gründliche Reinigung der Geschlechtsteile mit Schmierseife und warmem Wasser und Kürzung der Schamhaare.

5. Schliesslich werden die Genitalien noch mit 1 ‰ Sublimatlösung abgerieben, da Alkohol zu schmerzhaft ist.

Ausspühlungen der Scheide wurden — abgesehen von jenen zur Anregung von Wehen — nur vor operativen Eingriffen gemacht, zumeist mit 1 ½ % Lysol, gelegentlich bei Fieber mit Chlorwasser 1:3. Intrauterine Ausspühlungen bei Fieber intra partum wurden nur nach manueller Placentarlösung zur Blutstillung, fast durchweg mit Chlorwasser 1:3 gemacht. Im Wochenbett wird nur mit Sublimat abgespühlt; Scheidenspühlungen werden nur auf besondere Anzeige hin, zumeist mit Sublimat oder Sublamin, bei Endometritis, besonders Endometritis putrida, bei Eihautretention ausgeführt.

Nachdem Monn noch der einzelnen Kindslagen, der Beckenanomalien und der verschiedenen Operationen einlässlich Erwähnung getan, Faktoren, die alle einen nicht unbedeutenden Einfluss auf den Verlauf des Wochenbettes ausüben, schliesst er seine an praktischen Winken reiche Arbeit folgendermassen:

« Aus dem Vorhergehenden ergibt sich nun, dass die Resultate des Frauenspitals in Basel, bei Berücksichtigung der besonderen oben erwähnten ungünstigen Verhältnisse, seit Anwendung der Heisswasser-Alkoholmethode nach *Ahlfeld* mit 18,8 % Temperatursteigerungen über 37,9 (Gesamtmorbidität), 9,8 % Temperatursteigerungen aus genitaler Ursache und mit 0,0 % Mortalität an in der Anstalt verschuldeter Puerperalerkrankung wohl zu ben besten Resultaten gezählt werden können.

Wird ferner in Erwägung gezogen, dass die bakteriologischen Versuche mit der Heisswasser-Alkoholmethode bei näherer Betrachtung und richtiger Beurteilung mit weniger schwer zu erklärenden Ausnahmen durchweg günstigere Resultate ergeben haben, als alle anderen geprüften Desinfektionsmethoden, so kann mit Recht der Schluss daraus gezogen werden, dass *die Heisswasser-Alkoholdesinfektionsmethode nach Ahlfeld, sowohl im bakteriologischen Experimente als auch, soweit bis jetzt ein Schluss gezogen werden kann, in der Praxis, sich durchaus bewährt hat und daher wegen ihrer Einfachheit vor allen andern bis jetzt angewandten Desinfektionsmethoden empfohlen werden kann.* »

Dr. F. R. Nager, Luzern:

Lymphangioendothelioma cysticum abdominis*.

Beitrag zur Kenntnis seltener Abdominaltumoren.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich:

Prof. Dr. P. Ernst.

(Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1904.)

Es handelt sich um eine Neubildung von cystischem Aufbau, ohne ein derberes Gefüge, die infiltrativ in einem ganz bestimmtenGewebe wächst, das nirgends überschritten wird. Makroskopisch muss man ihre Lokalisation in das subendotheliale Gewebe des Peritoneum viscerale verlegen, muss aber die Möglichkeit einer Entstehung vom Endothel selbst zugeben. Ein Einwuchern in die Organe des Abdomens oder in die umgebenden Teile des Körpers hat nicht stattgefunden. Sämtliche Organe des ganzen Körgers erwiesen sich als frei von Metastasen; die regionären Lymphdrüsen waren ohne Tumorbestandteile. Die Neubildung stellt sich als eine *produktive* und im pathologisch-anatomischen Sinne als eine *benigne* dar.

Die physiologisch-chemische Untersuchung der bei der Abdominalsektion gewonnenen *Gallertmassen* ergab *Lymphe;* die *mikroskopische Untersuchung* ist eine sehr einlässliche und wird durch drei sehr hübsche farbige Reproduktionen von gewonnenen Schnitten auf's Beste illustriert.

* Siehe *diesen Jahrgang*: *Dr. J. Schvetz:* « Ein Fall von cystischem Chylangiom des Mesenteriums ».

Epikrise. Das Wachstum des beschriebenen Tumors erstreckt sich über wenigstens 10 Jahre, es geht sozusagen ohne Einfluss auf den Allgemeinzustand des Körpers und die Funktionen der Organe vor sich. Erst kürzere Zeit vor dem Tode treten Erscheinungen von Raumbeengung u. s. w. auf. Der Exitus erfolgt in höherem Alter (65 Jahre) durch Lungenembolie, die wohl auf die veränderten Zirkulationsverhältnisse durch den Tumor entstanden sein wird. Bei der Probelaparotomie, dann aber ganz besonders bei der Autopsie, lassen sich folgende Merkmale der Neubildung erheben:

Es handelt sich um eine Geschwulst, die mit grosser Wahrscheinlichkeit unter dem Peritonealendothel sich entwickelte und deren Hauptbestandteile Cysten sind; von einem destruktiven Fortschreiten kann nicht die Rede sein. Die Neubildung steht mit dem Lymphgefässsystem im engsten Zusammenhang.

In *differenzial-diagnostischer Hinsicht* werden ausgeschlossen Echinococcus multilocularis, Enterokystome, Sarcome, Carcinome und Lymphangiome (Lymphangiektasia cystica).

Das Literaturverzeichnis führt 37 Publikationen auf.

Zwei makroskopische Abbildungen erläutern auf's Beste die etwas komplizierten topograph. Verhältnisse.

L. E. de Reynier, Basel:

Die Resultate von 40 Frühgeburtseinleitungen mittels Eihautstich.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. v. Herff.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynækologie, Bd. 9, H. 1, pag. 97, 1904.)

Eine prinzipielle Anwendung des Eihautstiches zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, wie sie von Prof. v. Herff durchgeführt wird, hat diese Methode anscheinend in neuerer Zeit in keiner anderen Klinik gefunden. Daher erscheint eine eingehendere Publikation der Resultate des Eihautstiches und ihr Vergleich mit denen der anderen vornehmlich geübten Methoden nicht ohne Interesse. — Bereits im Jahre 1894 erklärte v. Herff den Eihautstich als eine der zuverlässigsten und besten

Methoden zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. (Geburtsh.-Operationslehre S. 112).

Technik des Eihautstichs: Desinfektion der äusseren Genitalien, lauwarme 1 % Lysol-Scheiden-Spühlung mit erhöhtem Kreuz; 2 Finger werden in den Mm. eingeführt und durch die Cervix mit dem Mittelfinger bis zu den Eihäuten vorgedrungen. Ein Assistent reibt den Fundus uteri, bis eine Wehe eintritt; ist dann der Eihautsack straff gespannt, so wird die Blase mit einer Kugelzange* geöffnet. (Modifiziert nach v. Herff.) Im allgemeinen soll die Oeffnung möglichst klein ausfallen. Die Frau wird dann ruhig gelagert, ein eventuelles Abweichen des Kopfes durch Binden und geeignete Seitenlage zu vermeiden gesucht; Temperatur und Puls werden sorgfältig beobachtet und jede *innere* Untersuchung *streng* unterlassen. Die nötige Kontrolle der Kindeslage erfolgt durch äussere Handgriffe. Morgens und Abends bekommt die Frau eine heisse Lysolspühlung (38° R) von ungefähr 2 Litern. Jeden Tag wird durch Klistier für Stuhlgang gesorgt. Die Frau wird, wenn nötig, erst dann innerlich untersucht, wenn die Wehen begonnen haben stark zu werden.

Vom 15. September 1901 bis zum 15. Dezember 1903 wurde auf der geburtshilflichen Abteilung des Frauenspitals in Basel die *künstliche Frühgeburt bei 39 Frauen 40 mal durch den Blasenstich eingeleitet* und zwar 31 mal wegen Beckenanomalien und 9 mal wegen anderer Ursachen.

Verlauf der Geburten: Der Geburtsgang war vom Moment des Eintritts der Wehen bis zur Geburt normal.

Dauer der Geburten: Selbe ist je nach den Fällen eine recht verschiedene. Die Mitteldauer der mitgeteilten 40 Geburten betrug:

vom Moment des Eihautstichs bis zum Eintritt der Wehen 70.15 St.
» » » » » zur Geburt . . . . . 77.50 St.

Werden aber 3 ungewöhnlich lang dauernde Geburten nicht mit eingerechnet, weil für diese sicher eine abnorm geringe Reizbarkeit des Uterus vorgelegen hat, so sind die Resultate folgende:

vom Moment des Eihautstichs bis zum Eintritt der Wehen 55,10 St.
» » » » » zur Geburt . . . . . 61,35 St.

Während der Nachgeburtsperiode trat nur in 5 Fällen eine bedeuten-

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 209 : *Prof. v. Herff:* « Kugelzange zum Sprengen der Blase ».

dere Blutung ein, die einmal nach Expressio placentæ nach Credé und in einem Falle nach dem Nähen eines Cervixrisses bald aufhörte.

Erfolge für die Mutter: Mortalität = 0 %. Morbidität: es wurden nur ganz rasch vorübergehende Fiebersteigerungen, die in keinem Falle länger als 2 Tage andauerten, konstatiert. Von den 40 Frauen konnten 33 zwischen 11 und 13 Tagen mit der Bezeichnung « wohl » das Spital verlassen. Bei 3 Frauen, die an Nephritis in graviditate und Eklampsie gelitten hatten, wurde bei ihrer Entlassung am 16.—25. Tage kein Eiweiss im Urin mehr konstatiert. 4 Frauen endlich wurden zwischen dem 11. und 18. Tage entlassen, die eine gesund, die drei anderen in demselben Zustande, wie sie in's Spital eingetreten waren.

Erfolge für die Kinder: Bei den 40 Geburten wurden im ganzen

Kinder lebend geboren 35 = 87.50 %
» tot » 5 = 12.50 %

Vergleicht man die Todesursachen mit dem Geburtsverlauf, so sieht man, dass man nur in einem einzigen Falle der Methode Schuld beilegen könnte; in allen anderen Fällen ist es unmöglich, den Tod des Kindes auf den Eihautstich zurückzuführen.

Zum Schlusse verbreitet sich de Reynier noch über *die Frage der Metreuryse.*

Dr. O. Russ, Zürich:

Ueber Kaiserschnitt an verstorbenen Schwangern.

Aus der Universitätsfrauenklinik in Zürich:

Prof. Dr. Th. Wyder.

(Druck von Zürcher & Furrer, Zürich, 1904.)

35jährige VI para; plötzlicher Exitus; fast sofort nach Konstatierung des Todes der Mutter werden Bauchhöhle und vordere Uteruswand mit einem in der Nähe liegenden Tischmesser durch einen Längsschnitt eröffnet und das Kind aus dem Uterus entfernt; dieses ist im zweiten Grad asphyctisch und wird durch Schultz'sche Schwingungen, künstliche Atmung und Sauerstoffzufuhr nach zirka ½ Stunde wiederbelebt.

Anatomische Diagnose: Hæmorrhagie in der dorsalen Hälfte der Pons, Blutgerinnsel im vierten Ventrikel und in der Basis der Pons; Tuber-

culosis pulmonis dextræ; Oedema pulmonis sinistræ; subcapsuläre Leberblutung; venöse Stauung der Leber, Nieren und Blase.

Mikroskopische Untersuchung: Nieren zeigen trübe Schwellung des Epithels der gewundenen Harnkanälchen; maximale Füllung der Nierengefässe. Glomeruli und interstitielles Bindegewebe unverändert. Leber zeigt ebenfalls enorme Füllung der Venæ centrales und Venæ portæ etc.

Dass es sich hier um Eklampsietod der Mutter (kein Eiweiss) handelte, steht wohl ausser Frage.

Um bezüglich der Berechtigung der Sectio cæsarea post mortem, deren Indicationen und Vorbedingungen zur Vornahme, in's Klare zu kommen, gibt Russ einen Ueberblick der bisher veröffentlichten Fälle. Die jüngste in Betracht kommende Arbeit von Dickes aus der Bonner Klinik beschreibt aus den Jahren 1875—1903: 34 Fälle mit 6 Totgeburten; 19 Kinder blieben am Leben, 9 starben kürzere oder längere Zeit nach der Geburt.

Russ konnte des weiteren ebenfalls aus den Jahren 1875—1903 und in Dickes Arbeit nicht berücksichtigt, noch 14 Fälle aus der Litteratur sammeln, die in Tabellenform übersichtlich zusammengestellt, wiedergegeben werden.

Wenn man die Resultate der bis in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts veröffentlichten Fälle mit denen der letzten 3 Jahrzehnte vergleicht, so fällt vor allem der grosse Unterschied in den Mortalitätsziffern auf. Dort wurden in 532 Fällen nur 38 (7 %) lebende und am Leben bleibende Kinder entbunden, hier dagegen wurden mit 72 Fällen 37 (51 %) lebende Kinder geboren.

Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die ältern Geburtshelfer noch vielfach unter dem Zwange des Gesetzes den Kaiserschnitt an Toten vornahmen, und dass, nachdem in den meisten Ländern die bezüglichen Gesetzesvorschriften aufgehoben, diese Operation viel weniger häufig ausgeführt wird.

Der Erfolg der Operation hängt natürlicherweise von folgenden Faktoren und Vorbedingungen ab, auf die näher eingegangen wird:

1. *Zeitpunkt der Schwangerschaft.*
2. *Krankheit und Todesart der Mutter.*
3. *Zeitdauer von der Konstatierung des Todes bis zur Operation.*
4. *Wirklicher Tod der Mutter.*
5. *Leben des Kindes.*
6. *Erfolglosigkeit einer unblutigen Entbindungsart.*

Nach Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur verlangt Russ zur Vornahme des Kaiserschnittes an der verstorbenen Schwangern, dass folgende *Vorbedingungen* erfüllt seien :

1. Die Schwangerschaft soll die Mitte oder das Ende des 8. Monats erreicht haben.

2. Es soll die Mutter einer Krankheit erlegen sein, die das Leben des Kindes « in utero » nicht unmittelbar gefährdet, wobei aber zu bemerken ist, dass nicht allzu grosses Gewicht auf diese Forderung zu legen ist.

3. Es sollen nicht mehr als 15—20 Minuten seit dem konstatierten Tode der Mutter verstrichen sein; in ausnahmsweise günstigen Fällen kann auch nach 20—30 Minuten eine Operation noch Erfolg haben.

4. Es soll der Tod der Mutter durch alle zu Gebote stehenden diagnostischen Hülfsmittel konstatiert sein.

5. Das Kind soll noch am Leben sein, wobei man sich aber erinnere, dass das Ausbleiben von Lebenszeichen bei der Frucht nicht immer ein Zeichen des eingetretenen Todes sein muss.

6. Es sollen, wenn es die Verhältnisse beim Kinde erlauben, Entbindungsversuche durch die normalen Geburtswege gemacht werden.

Im oben mitgeteilten Falle der Zürcher Klinik dürfte nach dem eben Angeführten die Vornahme der Operation durchaus gerechtfertigt gewesen sein :

« Der Untersuchungsbefund entsprach dem IX. Schwangerschaftsmonat; Todesursache war Eklampsie und zwar war die Frau im ersten Anfalle verstorben, ohne dass vorher Symptome von Eklampsie bemerkt worden waren, so dass man annehmen durfte, dass das Kind noch nicht gelitten hatte und wahrscheinlich noch am Leben war, denn es waren noch wenige Zeit vorher Herztöne und Uteringeräusche gehört worden; bis zur Operation waren höchstens 10 Minuten verstrichen; die Frau hatte weite, reaktionslose Pupillen, Stillstand der Atmung und des Herzens und Pulslosigkeit, war also mit ziemlicher Sicherheit tot. Da der Fall klinisch war, konnte von andern Entbindungversuchen abgesehen werden, was sich auch nach der Operation als ganz richtig erwiesen hat, da das Kind bereits hochgradig asphyctisch zur Welt kam und nach länger dauernder Entbindungsart eventuell nicht mehr zum Leben hätte gebracht werden können. »

Dr. Edwin Scheidegger, Sumiswald (Kt. Bern):

Ein Fall von Carcinom und Tuberkulose der gleichen Mamma.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich:
Prof. Dr. P. Ernst.

(Buchdruckerei H. R. Sauerländer & Cie. Aarau, 1904.)

Nach der Widerlegung der Rokytansky'schen Lehre des höchst seltenen gleichzeitigen Vorkommens von Carcinom und Tuberkulose durch zahlreiche neuere Mitteilungen von Fällen, welche das gleichzeitige Vorkommen von Carcinom und Tuberkulose, nicht nur im gleichen Körper, sondern zum Teil sogar im gleichen Organe bewiesen, ist die Frage nach dem Verhältnis, in welchem Carcinom und Tuberkulose zu einander stehen, eine brennende geworden.

Mitteilungen über Kombination von Carcinom und Tuberkulose der Mamma finden sich bis jetzt nur wenige in der Litteratur; daher ist die Mitteilung eines weiteren Falles angezeigt:

Anamnese. Hereditär mit Phthise und Carcinom belastet; hat sechsmal geboren; vor 4 Jahren eine rechtsseitige Pleuritis; kurz vor der letzten Niederkunft am 23. Juni 1903 bemerkte Patientin eine Verhärtung in der rechten Mamma; anfänglich ohne Schmerzen; Nachtschweisse. In der Zeit von der letzten Geburt bis zur Operation (23. Juni — 21. August 1903) soll die Geschwulst nicht gewachsen sein.

Status præsens. In der rechten Mamma über und median von der Papille ein pflaumengrosser Tumor. Haut total verschieblich; ebenso der Tumor auf seiner Unterlage freibeweglich, scharf abgegrenzt; seitlich, gegen die Papille zu, mehr diffus ins übrige Mammagewebe übergehend. Konsistenz derb, grobhöckerige Oberfläche. Achseldrüsen nicht fühlbar. (Operation.)

Es folgt die genaue Beschreibung der histo-pathologischen Veränderungen, sowie eine epikritische Besprechung der vorliegenden Fälle.

Auf zwei farbigen Tafeln werden Schnitte durch den tuberkulös entarteten adenocarcinomatösen Tumor wiedergegeben.

Dr. H. Schulze, Zürich :

Ueber einen Fall tuberkulöser Erkrankung der Portio vaginalis.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Zürich :

Prof. Dr. Wyder.

(Druck von A. Markwalder, Zürich, 1904.)

Das Erscheinen der klassischen Monographie von Hegar im Jahre 1886 « *Die Entstehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der Genitaltuberkulose des Weibes* » bildet einen Wendepunkt in der Lehre der Tuberkulose der weiblichen Organe.

Mit Rücksicht auf die relative Seltenheit der Tuberkulose am unteren Abschnitt des weiblichen Genitalapparates hat sich Schulze entschlossen einen Fall von Tuberkulose der Portio vag. der Oeffentlichkeit zu übergeben :

59-jährige Pat. Mutter verstarb an Lungenschwindsucht; ebenso ein Bruder. Climax im 48. Lebensjahre. Pat. hat 6 normale Geburten durchgemacht und ein Abortus. Seit Winter 1901 Fluor albus; im Frühling 1902 wurde der Fluor gelblich und übelriechend.

Status : Portio vaginalis uteri dick, wulstig, hart, mit unebener Oberfläche, bei der Palpation leicht blutend. Das Gewebe ist nicht zerfallen. — Eine Probeexcision ergab drüsenloses, fibröses Granulationsgewebe; nirgends Carcinomzellen; eine Menge von exquisit ausgesprochenen Tuberkeln mit grossen eingelagerten Riesenzellen.

Totalexstirpation des Uterus per vaginam. Exitus an akuter, septischer Peritonitis.

Sektionsbefund : Peritonitis diffusa purulenta ; keine Tuberkulose der mesenterialen und retroperitonealen Drüsen. *Ovarien und Tuben vollkommen normal.*

Makroskopischer Befund des exstirpierten Uterus : Länge 7,5 cm.; Breite 4 cm.; Dicke 3 cm.. Cervix ist 2,5 cm. lang; Cervixwand verdickt, Cervicalkanal erweitert. An der Schleimhaut sind kleine, punktförmige, gelbliche Erhebungen sichtbar. Die Portio ist pilzförmig. Rings um den äusseren Muttermund papilläre, zerklüftete Excrescenzen, welche von der Basis bis zur Höhe des inneren Muttermundes sich erstrecken und diesem Teile ein granuliertes Aussehen geben. Die beiden Muttermundslippen sind nicht gut zu unterscheiden und verschmelzen in einen dicken wulstförmigen Saum.

Mikroskopische Beschreibung : Das Plattenepithel ist nicht vorhanden, von Schleimhaut und Drüsen keine Spur. An der Oberfläche findet man ein reiches Granulationsgewebe mit mehreren Gefässen und zahlreichen Capillaren, welche mit Blut gefüllt sind; auch viele Blutextravasate im Bindegewebe. In diesem Granulationsgewebe liegen zerstreut einzelne umschriebene Tuberkel, welche durch Rundzellenzüge getrennt sind. Vereinzelte Bacillen wurden in den Riesenzellen und am Rande einiger Tuberkeln gefunden.

Ungeachtet der herrschenden Meinung von der Seltenheit der Cervixtuberkulose, ist es Schulze dennoch gelungen, im ganzen 45 hieher ge-

hörige Fälle (Portio vaginalis inbegriffen) zusammenzustellen. (Davon sind 11 Fälle als primäre bezeichnet.)

Die wirkliche Zahl solcher Erkrankungen ist tatsächlich eine viel grössere, wenn man noch die falsch diagnostizierten Fälle berücksichtigt und die Grösse des Materials, welches in den nicht secierten Leichen verloren geht.

Dr. J. Schvetz, Lausanne:

Ein Fall von cystischem Chylangiom des Mesenteriums*.
Chylangiome kystique du Mésentère.

Institut Pathologique de l'Université de Lausanne:
Prof. Dr. Stilling:

(Imprimerie Pache-Varidel & Cie., Lausanne, 1904.)

Das Studium der Chylangiome ist noch wenig vorgeschritten; es ist deshalb angezeigt, auf einen Fall zu sprechen zu kommen, der zu mikroskopischer Untersuchung kam:

10-jähriges Mädchen; zwischen der Symphyse und dem Nabel, in der Medianlinie ein Tumor, der leicht abgetastet werden kann, von der Grösse einer Orange; hart, etwas uneben; man kann diesen Tumor nach sämtlichen Richtungen um einige Centimeter verschieben; oberhalb Darmschlingen. Bei der Rectal-Untersuchung entdeckt man zwei haselnussgrosse Hervorragungen. Uterus absolut frei.

Operation. Laparotomie in der Linea alba; rundlicher, sehr beweglicher Tumor von der Grösse einer Männerfaust, von weisser Farbe und weicher, fluktuierender Konsistenz, zwischen den beiden Blättern des Mesenteriums entwickelt; mit vieler Mühe gelingt die Ausschälung; die beiden Mesenterialblätter werden vermittelst Catgut vereinigt. Schluss der Bauchwunde.

Es folgt eine genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung des durch Operation gewonnenen Präparates, dann wird auf die Genese dieser Cyste eingegangen und zum Schlusse werden aus der Litteratur noch 45 Fälle kurz zusammengestellt.

* Siehe *diesen Jahrgang · Dr. F. R. Nager:* « Lymphangioendothelioma cysticum abdominis ».

Dr. P. Silberschatz, Lausanne:

Beitrag zum Studium der Dysmenorrhoe.
Contribution à l'étude de la Dysménorrhée.
(Imprimerie Charles Guex, Lausanne, 1904.)

Silberschatz hat sich folgende Fragen gestellt: « Ist die Dysmenorrhoe eine Krankheit sui generis oder ist sie nur ein Symptom und wie kann sie geheilt werden? »

Das zur Beantwortung nötige klinische Material haben Prof. Muret und Dr. Bonjour geliefert:

Der Reihe nach werden abgehandelt: Die Aetiologie, die Symptomatologie der mechanischen, der entzündlichen und der nervösen Dysmenorrhoe, die Diagnose, die Prognose und die Therapie.

Zusammenfassend drückt sich Silberschatz zum Schluss folgendermassen aus:

I. Die Dysmenorrhoe ist keine Krankheit sui generis, sondern nur ein Symptom, herrührend von Veränderungen in den Genitalien oder diesen benachbarten Organen, sowie sehr häufig von Alterationen im Nervensystem (Neurasthenie, Hysterie).

II. Man kann die Dysmenorrhoe bezüglich ihrer Aetiologie in 3 Abteilungen gruppieren:

1. *Die organische Dysmenorrhoe* (Dysmenorrhoe mit pathologischen Veränderungen der Beckenorgane, congestive, mechanische etc. Dysmenorrhoe).

2. *Die rein nervöse Dysmenorrhoe* (Dysmenorrhoe ohne objektive Symptome).

3. *Die gemischte Dysmenorrhoe* (Dysmenorrhoe organischer und zugleich nervöser Natur).

Die organischen Læsionen können sehr variieren, sowie die Art und Weise der Reaktion der Kranken; es muss daher stets der Allgemeinzustand ins Auge gefasst werden.

III. Die Diagnose der verschiedenen Formen basiert sich auf den Modus und die Dauer der Beschwerden, auf den Zeitpunkt des Auftretens, sowie auf die An- oder Abwesenheit von objektiven, physischen Zeichen.

IV. Die Prognose und die Behandlung variieren sehr je nach der in Frage kommenden Form.

Folgende Heilfaktoren kommen eventuell in Betracht: Besserung des Allgemeinzustandes, Beeinflussung des erkrankten Nervensystems, Beseitigung von Zuständen, die den freien Abfluss des Menstrualblutes hindern könnten, Bekämpfung von entzündlichen Affektionen, sei es auf conservativem oder wenn nötig auf operativem Wege.

Die Suggestion kann bei der Behandlung der nervösen Form der Dysmenorrhoe vorzügliche Dienste leisten.

Es folgen detailliert 63 Beobachtungen; das Litteraturverzeichnis führt 51 einschlägige Arbeiten auf.

Dr. A. Sussmann, Lausanne:

Beitrag zur Chirurgie der Adnexe*.
Contribution à la chirurgie des Annexes.

(Imprimerie Charles Guex, Lausanne, 1904.)

Sussmann teilt aus der Roux'*schen Klinik und Privatpraxis* 77 einschlägige Beobachtungen mit. 36 mal wurde drainiert und 41 mal nicht. Wenn das Peritoneum mit suspecten Massen (altes, schwarzes, geronnenes Blut, verdächtiges Exsudat) in Berührung gekommen ist, dann wird drainiert. Hat sich klarer Ovarialcysten- und Hydrasalpinx-Inhalt ins Abdomen ergossen, so wird von der Drainage Umgang genommen, nicht aber dann, wenn die Exstirpation nicht eitriger Adnexe grosse technische Schwierigkeiten dargeboten (Adhærenzen). Es wurde auch wegen starker Blutung drainiert, wegen eines alten, zwischen Uterus und Eileiter gelegenen Abscesses, wegen Darmperforation. Was die Fälle von Einfliessen von Eiter in die Bauchhöhle anbelangt, so wurden sämtliche (mit Ausnahme von 3) drainiert.

Von den 36 Kranken, bei denen drainiert wurde (schwere Erkrankungen) genasen 34. Die Drainage hat niemals ernstere Komplikationen heraufbeschworen; man hat dabei folgendes zu beachten: Die Drainage darf

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 145: *Dr. R. Schweizer:* « Beiträge zur Drainage der Bauchhöhle im Anschlusse an Laparotomien ».

Ref.: Ich habe hier dieselbe Bemerkung anzubringen, wie bei der Referierung der *Schweizer*'schen These; es wird mit keinem Worte erwähnt, warum die von *Schauta* empfohlene bakteriologische Untersuchung von während der Operation allfällig in die Bauchhöhle geflossenem Eiter nicht ausgeführt wurde.

nicht zu lange belassen werden, die Drainöffnung soll erst dann der Schliessung überlassen werden, wenn man sicher ist, dass auch absolut keine Infektion mehr besteht.

An der Roux'*schen Klinik* wird die Drainage so viel wie möglich eingeschränkt, dennoch kommt sie doch häufig zur Verwendung. Jedesmal, wenn man aus irgend einer Ursache nicht im Stande ist aseptisch zu operieren, soll drainiert werden.

Die 77 Fälle werden in Tabellenform in folgende Gruppen zusammengestellt:

Nicht eitrige Annexitiden. *I. Nicht tuberkulöser Provenienz.*

a) Nicht drainierte Fälle.
b) Drainierte Fälle.

Tuberkulöse Annexitiden.

a) Nicht drainierte Fälle.
b) Drainierte Fälle.

Eitrige Annexitiden. *Nicht tuberkulöser Provenienz.*

1. Das Peritoneum wurde vom Eiter nicht beschmutzt:

a) Nicht drainierte Fälle.
b) Drainierte Fälle.

2. Einfliessen von Eiter in die Bauchhöhle:

a) Nicht drainierte Fälle.
b) Drainierte Fälle.

Verlauf der eitrigen Annexitiden. *II. Tuberkulöse Annexitiden.*

1. Das Peritoneum wurde von Eiter nicht beschmutzt:

a) Nicht drainierte Fälle.
b) Drainierte Fälle.

2. Einfliessen von Eiter in die Bauchhöhle:

a) Nicht drainierte Fälle.
b) Drainierte Fälle.

Résumé.

Zahl der nicht-drainierten Fälle	41	Mortalität der nicht drainierten Fälle	2
» » drainierten Fälle . .	36	» » drainierten Fälle .	2



Dr. TRACHTENBERG, Lausanne:

Poliklinische Beobachtungen über die weibliche Gonorrhoe.

Aus der geburtshilflich-gynækologischen Universitäts-Poliklinik in Lausanne:

Prof. Dr. G. ROSSIER*.

(Buchdruckerei Ch. Zœllner, Genf, 1904.)

Nach einem historischen Ueberblick der Gonorrhoe und nach Besprechung deren Aetiologie und Diagnose, sucht Verfasser an Hand des Materials der Poliklinik von *Prof. Rossier* folgende Fragen zu beantworten: 1. Gibt es eine Vaginitis gonorrhoica? 2. Ist die weibliche Gonorrhoe heilbar? 3. Welches ist die Therapie der gonorrhoischen Infektion und 4. Kann die Gonorrhoe auf poliklinischem Wege geheilt werden.

Die *Trachtenberg'schen Schlussfolgerungen* lauten folgendermassen:

1. Dank der Färbungsmethode von von Wahl** sind die Gonokokken

* Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 43: *Dr. G. Rossier:* « Die Gonorrhoe beim Weibe ».

** *Die Wahl'sche Lösung* setzt sich folgendermassen zusammen:

Konzentrierte Alkohol-Auraminlösung . . .	2 ccm.
Spiritus (95 %)	1,5 ccm.
Konzentrierte Alkohol-Thioninlösung . . .	2 ccm.
Konzentrierte wässerige Methylgrünlösung . .	3 ccm.
Wasser	6 ccm.

Die Vorteile dieser Methode beschreibt *Wahl* folgendermassen:

« Der Grundton der mit dieser Mischung (in 5—15 Sekunden) gefärbten Präparate ist hellgrün und der der Gonokokken rötlich-violett bis schwarz, wodurch ein überaus leichtes Auffinden derselben ermöglicht ist und das Durchsehen eines Präparates höchstens 5—10 Minuten in Anspruch nimmt. Die Kerne der Leucocyten sind blass-bläulich-grün bis ausgesprochen hellgrün, je nachdem sie sich an dünner oder dicker ausgestrichenen Stellen befinden. Das Plasma ist entweder ganz farblos oder hellgelb, an dicken Stellen hellgrün. Die Epithelien sind gelblich-grün und nur einzelne runde Mastzellen nehmen mitunter eine lila Farbe an, die jedoch immer ganz blass und nicht im Stande ist, die viel dunkleren Gonokokken zu verdecken.

« Die Gonokokken sind an diesen Stellen rötlich-violett, an dicken beinahe schwarz, wodurch sie selbst hier bei Drehung der Mikrometerschraube deutlich hervortreten. Andere Urethralbakterien werden meist sehr schwach oder gar nicht gefärbt, wodurch die Diagnose erleichtert wird, was wir besonders bei Untersuchungen der weiblichen Genitalsekrete beobachten können. Mit einer der gewöhnlichen Färbemethoden gefärbt, enthalten solche Präparate so viele banale Stäbchen und Kokken, dass ein Auffinden und Differenzieren der Gonokokken häufig beinahe unmöglich ist. Mit meiner Lösung gefärbt, treten die gut gefärbten Gonokokken deutlich hervor und ist

im Cervikalsekret, sowie auch im Vulva-Vaginalsekret, bei chronischer Gonorrhoe leicht zu finden.

2. Die Farbe des Sekretes (gelb, grün) erlaubt makroskopisch die Anwesenheit der Gonokokken zu vermuten.

3. Die Heilung der Metritis und Oophorosalpingitis gonorrhoica ist überhaupt sehr schwer zu erzielen.

4. Die Heilung der Gonorrhoe der Vagina, Vulva, Urethra und Cervix ist, dank der ungünstigen Verhältnisse, in welchen die Kranken weiterleben, schwer, doch kann sie positive Resultate geben, wenn die Gonorrhoe gleich im Beginn mit allem Ernst und aller Gründlichkeit behandelt wird.

Es ist sehr wünschenswert, die Kranken zu isolieren und mit aller Genauigkeit im Spital oder in der Privatklinik zu behandeln. Eine ambulatorische Behandlung — und das lehren unsere Beobachtungen — führt unsicher zum Ziel und setzt die Kranken wiederholten Recidiven aus; es sollte aber oft der Ehemann sich in derselben Zeit einer gründlichen Behandlung unterziehen.

Wenn man die weibliche Gonorrhoe mit mehr Ernst beurteilen würde, würde man mehr Heilungen erzielen und später bedeutend weniger Uterus- und Adnexengonorrhoen in die Hände bekommen.

Fälle von Tuberkulose behandelt man in Sanatorien, Fälle von Diphteritis, Scharlach etc. werden genau unter Isolierung behandelt; warum sollte man es nicht erzielen können, die Fälle von Gonorrhoe zeitig im Spital, in einer Klinik ebenfalls als schweres, gefährliches Leiden so schnell und so genau als möglich zu behandeln?

Es gehört dazu, das Publikum zu belehren. Es gehört ferner dazu, dass man sich nicht, wie so oft, mit der Diagnose « Ausfluss » und mit der Verordnung « Ausspühlung » begnüge, sondern bei jedem Falle eine exakte Diagnose stelle, die höchstgelegenen inficierten Punkte des Genitaltractus suche und direkt energisch lokal behandle (Protargol, Silbernitrat).

die Anzahl der andern schwachgefärbten Bakterien stets relativ gering — ein Zeichen, dass der grösste Teil derselben überhaupt die Farbe nicht aufgenommen hat.

« Besonders wichtig für den praktischen Arzt ist der Umstand, dass es bei Anwendung dieser Methode durchaus nicht notwendig ist, die Präparate gleichmässig dünn auszustreichen und selbst in den dicksten Schichten die Gonokokken vorzüglich nachweisbar sind. Wir brauchen daher Fäden und andere schwer zerstreichbare Schleimstücke nicht auszustreichen, wodurch die Struktur der Fäden und die Lagerung der Gonokokken leiden könnten, sondern wir untersuchen sie, wie sie sind. »

Die Gonorrhoe beim Weibe ist eine sehr verbreitete Krankheit. Unter den von 1893 bis 1903, das heisst in 10 Jahren, auf der Poliklinik von Herrn *Prof. Rossier* behandelten Frauen repräsentierten in 8,42 % aller Fälle gonorrhoische Affektionen.

5. Die Behandlung durch Ausspühlung allein gibt nur bei *Vulvovaginitis* gonorrhoica positive Resultate. Bei *Urethritis* ist Protargol (10 %) angewandt worden. Bei *Cervicitis* muss zu den Ausspühlungen noch Aetzung hinzugefügt werden.

III.

Casuistische Mitteilungen aus Krankenhäusern.

Prof. Dr. O. Hildebrand, DDr. A. Müller, A. Vischer, H. Iselin:

Aus dem

Jahresbericht über die Chirurgische Abteilung des Spitals in Basel pro 1903.

(Buchdruckerei Kreis, Basel, 1904.)

Casuistik.

(Pag. 48/49).

Pancreascyste.

25 jährige bis dahin gesunde Pat. Vor 3 Wochen plötzliche heftige Schmerzen in der Magengegend. Mehrmaliges Brechen. Die Schmerzen dauerten 3 Stunden an; damals bemerkte die Kranke zum erstenmal eine Geschwulst in der Magengegend.

Status: In der linken und oberen Hälfte des Abdomens findet sich eine kindskopf grosse, flach proeminierende Geschwulst. Sie ist glatt und ziemlich verschieblich und kommt unter dem Rippenbogen hervor.

Diagnose: Cystischer Tumor im Bauch (Pancreascyste?).

Operation: Bei der Eröffnung des Abdomens am l. Rectusrand sieht man eine glatte kindskopfgrosse Cyste mit dünner Wand und bläulich durchscheinendem Inhalt. Es wird ringsum tamponiert und dann durch Incision (nach vorhergehender Punktion) der Cysteninhalt entleert. Links in der Tiefe findet man mit der ersten innig verbunden eine zweite ca. faustgrosse Cyste. Es gelingt, diese uneröffnet herauszuschälen. Die entleerte Cyste wird soweit als möglich vorgezogen und konstatiert, dass sie vom Schwanz des Pancreas ausgeht. Nahe am Ansatz des Cysten-

stiels ist eine dritte, walnussgrosse Cyste. Sie wird vom Inneren des grossen Sackes aus eröffnet. Die Wand desselben wird in die Wunde eingenäht, das Ueberschüssige davon wird abgetragen. Um die eingenähte Cyste und in diese hinein kommt Jodoformgaze. Im übrigen wird die Bauchwand in Etagen geschlossen.

3 Wochen nach der Operation tritt Patientin mit reizlos vernarbter Wunde aus,

---

Prof. Dr. E. Hagenbach-Burckhardt, Dr. J. Fahm
und med. prakt. Th. Dieterle, Basel:

Aus dem

Jahresbericht des Kinderspitals in Basel pro 1903.

(Buchdruckerei M. Werner-Riehm, Basel, 1904.)

Casuistik:

(Pag. 52 und folg.)

Atresia ani et recti. — 2 Tage alt; Zangengeburt, schwächliches Kind, bisher alle Nahrung gebrochen. Analöffnung fehlt, beim Schreien wölbt sich die Haut etwas vor. *Operation:* Von einer Längsincision unterhalb des Steissbeins wird vergeblich nach einem Rektum gesucht; Hautnaht. Incision oberhalb der linken Leistengegend; ein grosses cystenartiges Gebilde wird als dilatierte Harnblase erkannt; Verlängerung der Incision nach hinten macht das geblähte, dunkelviolette Colon descendens sichtbar; Anlegung eines Anus præternaturalis; eine rasch um sich greifende Phlegmone der rechten Gesichtshälfte führt zum Exitus. *Sektion:* Atresia ani et recti, dilatatio vesicæ urinariæ, ureterum, hydronephrosis bilateralis, phlegmone faciei.

Hernia umbilicalis. — $1\,^{9}/_{12}$ J. Taubeneigrosse Hernie, Bruchpforte für den Zeigefinger durchgängig. Behandlung mit Paraffininjektion; 13 Tage später: Hernie kommt beim Schreien nicht heraus; um den Nabel ein derber, subkutaner P.-wall fühlbar.

1 J. Vor 2 Monaten auf der Kinderpoliklinik mit subkut. Paraffinpelotte versehen; seit einigen Tagen tritt der Bruch in seiner alten Grösse wieder aus. Bruchpforte für den Zeigefinger durchgängig. *Operation:* Umschneidung des Nabels, Loslösung und Abbinden des narbig verwachsenen Bruchsackes. Verschluss der Bruchpforte. — Heilung p. p.

Cystitis. — $2\,{}^{4}/_{12}$ J. Vor einem halben Jahr auf der Poliklinik wegen Cystitis behandelt; seit 2 Tagen schreit das Kind beim urinieren; bei der Defäkation prolabiert das Rectum. Katheterisierter Urin enthält Leukocyten, Blasenepithelien und Colibacillen: Colicystitis: Urotropin. Subjektive Beschwerden schwinden in wenigen Tagen.

13 J. Seit 1 Monat unbestimmte Schmerzen im Becken, besonders beim Gehen. Obstipation, vor 8 Tagen Fieber. Urin sauer, enthält $^{1}/_{2}$ ‰ Eiweiss, viele Leukocyten, Plattenepithelien, keine Zylinder, Colibacillen und Coccen: Helmitol, Salol.

Vaginitis gonorrhoica. — 2 Fälle von 8 und $8\,{}^{1}/_{2}$ Jahren; geheilt. Infektion durch Schlafkameraden. Behandlungsdauer 1—2 Monate. Spülungen mit Alaun. acet. Ichthyol.

Enuresis nocturna et diurna. — 8 jähriges, kräftiges, erregbares Mädchen. Therapie: Wecken — energische Drohung. Im Spital nie Bettnässen. Heilung bleibend.

Meningocele. — $^{1}/_{2}$ Tag alt. Geburt normal. Wenig Fruchtwasser. Ueber dem Kreuzbein befindet sich ein breit aufsitzender, kleinkindskopfgrosser, fluktuierender, weichelastischer, schwappender Tumor. Haut darüber dünn, fleckweise rot, an einer Stelle der oberflächlichen Epidermis entblösst, daselbst sickert klare, gelbseröse Flüssigkeit heraus. In der Mitte des Sakrums, wo der Tumor aufsitzt, eine für die Fingerkuppe durchgängige Lücke. *Operation:* Durch Punktion werden 330 cm^3 klarer, gelber Flüssigkeit entleert; spez. Gewicht 1010. Der Tumor wird durch einen an seiner Basis circulär verlaufenden Schnitt entfernt. Durch die Lücke im Sakrum tritt ein bleistiftdicker Strang heraus. Dieser besteht aus Gefässen und einzelnen Nervensträngen. Er verläuft eine Strecke weit auf dem Boden des Tumors, um sich, immer schwächer werdend, ganz zu verlieren. Durchtrennung des Stranges am Sakrum, Unterbindung der Gefässe. Vereinigung der Haut über dem Stumpf durch Knopfnähte.

$4\,{}^{1}/_{2}$ J. Geburt normal. Gleich nachher wurde eine Geschwulst am Rücken bemerkt. Ueber der Brustwirbelsäule ein gut gänseeigrosser Tumor, dessen längsovale Basis $6\,{}^{1}/_{2}$ cm misst. Auf der Höhe der Geschwulst ist die Haut etwas verdünnt, glänzend und durch ein dichtes, durchschimmerndes Gefässnetz dunkelblau verfärbt. Der Tumor ist prallelastisch, fluktuierend. Die Fluktuation pflanzt sich auf die grosse Fontanelle fort. *Operation:* Circulärer Hautschnitt an der Basis des Tumors, stumpfes Abpräparieren der Haut vom Meningocelensack. Der Sack sitzt

auf einem gut daumendicken Stiel in einer Oeffnung der Wirbelbögen. Abtragen des Sackes, Vernähen des Stumpfes. Naht der Weichteile und der Haut. Heilung.

Polydaktylie. — $8\,^6/_{12}$ J. Grossvater, Vater und sechs Geschwister (alles Mädchen) 6 Zehen an jedem Fuss; einige davon auch fingerartige Anhänge an den Händen und verwachsene Finger.

5 J. Keine Missbildungen in der Familie. Am l. Fuss befindet sich median von der grossen Zehe eine sechste von gleicher Grösse wie diese.

Kongenitale Verkrümmung des Unterschenkels. — $1\,^4/_{12}$ J. Geburt normal; es wurde gleich nach derselben eine Verkrümmung des rechten Unterschenkels konstatiert. Röntgenaufnahme ergibt im untern Drittel einen ca. 1 cm langen Defekt der Fibula.

Teratom der Schilddrüse. — $^2/_{12}$ J. Keine Missbildungen in der Familie. Geburt normal; am rechten Unterkieferwinkel eine langsam wachsende Geschwulst: gänseeigross, sich vom Proc. mastoideus über die ganze Halsseite und etwas über die Mittellinie nach links erstreckend.

Præaurikulare Anhänge. — $1\,^{10}/_{12}$ J. In der Familie keine Missbildungen. Bei der Geburt wurden kleine Auswüchse vor beiden Ohrenöffnungen bemerkt. Beidseits befinden sich vor der Ohröffnung je zwei erbsengrosse, knorpelige Geschwülstchen.

Sarkoma retrorectale. — $1\,^3/_{12}$ J. Seit 4 Monaten hartnäckige Obstipation, seit 3 Tagen Dysurie. — Blase reicht bis über den Nabel, Katheterismus gelingt leicht, entleert ca. 600 cm³ klaren Urin. Exploratio per rectum lässt einen hühnereigrossen, derben Tumor in der Kreuzbeinaushöhlung fühlen, der die hintere Wand des Rektums vorwölbt, Schleimhaut intakt.

Dr. L. Gelpke, Dr. A. Gräflin und Med. Prakt. H. Frösch, Liestal:

Jahresbericht des Kantons-Spitals Baselland in Liestal für das Jahr 1903.

(Buchdruckerei J. Schaub-Buser, Sissach, 1904.)

Galvano-caustische Uterussonde. Dieselbe ist in verschiedenen Grössen vorrätig, wird mit und ohne vorherige Dilatation des Uterus kalt eingeführt und dann zum Glühen gebracht; sie ersetzt die Dampf-Apparate nach *Pinkus*, in manchen Fällen die Auskratzung. Angewandt wird die

galv. c. Uterussonde besonders bei klimakterischen Blutungen, bei fungöser Endemetritis, bei septischer Endometritis, bei Endometritis gonorrhoischen und andern Ursprungs. Gefahr einer Verödung des corpus uteri infolge ausgedehnter Zerstörung der Schleimhaut scheint nach den angestellten Versuchen ausgeschlossen, da die Schleimhaut nur oberflächlich verbrannt wird. Die Handhabung des Instrumentes ist sehr einfach und kann auch in der Sprechstunde geschehen.

Symphyseotomie bei allgemein verengtem Becken. 38 Jahre alt; kräftige Wehen; der kindliche Kopf befindet sich über dem Beckeneingang. Symphyseotomie und Extraktion mit der Zange. Kind lebt; Allgemeinbefinden der Patientin gut. Symphyse ist gut und solid verheilt.

Sectio cæsarea bei stark verengtem rhachitisch-plattem Becken. 33 Jahre alt; kräftige Wehen. M.m. schon ziemlich stark erweitert; durch den stark verengten Beckeneingang ist der Kopf zu fühlen. Wegen bestehender Beckenenge ist die Geburt unmöglich. *Sectio cæsarea:* Eröffnung des Abdomens in der Linea albea; der Uterus wird herausgewälzt und längs incidiert. Nach Herausnahme des lebenden Kindes zieht sich der Uterus kräftig zusammen; die Uteruswunde wird vernäht und der Uterus nach der Vagina hin mit Jodoformgaze tamponiert. Heilung per primam.

Ein Fall von Uterusruptur. 38 Jahre alt. 9 mal geboren; kräftige Wehen, die seit 2 Stunden aufgehört. Beim Spitaleintritt ist das Allgemeinbefinden gut; Puls ist kräftig und regelmässig. Kleine Kindsteile vorn über der Symphyse deutlich fühlbar. Die Herztöne des Kindes sind nicht nachweisbar. Hintere Scheitelbeineinstellung. In Narkose wird die Wendung gemacht, der nächst liegende Fuss heruntergeholt und ein totes Kind extrahiert. Der Uterus zieht sich nach der Extraktion stark zusammen; die Placenta wird normal ausgestossen; der entleerte Uterus ist hart und kräftig kontrahiert; keine Nachblutung. Am fünften Tage post partum eine mässig grosse Blutung per vaginam, die aber sogleich steht; 3 Stunden später heftige Blutung. Uterus und Vagina werden mit Jodoformgaze fest tamponiert. Puls weich, beschleunigt. Caffein- und Campferinjektionen; Kochsalzinfusion. 2 Tage später plötzlich erneute heftige Blutung, die durch Tamponade wieder zum Stehen gebracht werden kann. Exitus.

Die Sektion ergab einen Riss der vorderen Uteruswand. Die linksseitige Art. uterina war völlig durchtrennt; keine peritonealen Veränderungen.

Dr. Max von Arx, Olten:

Aus dem

Jahresbericht des Solothurn. Kantonsspitals in Olten, pro 1903.

(Pag. 22 und folg.)

(Buchdruckerei des « Oltner Tagblatt », Olten, 1904.)

1. *Abgesackter Abscess in der Medianlinie* zwischen Nabel und Symphyse, wahrscheinlich *perityphlitischer Natur* bei einem 22 jährigen Mädchen.

16. III. Laparotomie in der Medianlinie. Entleerung des scheinbar gänzlich abgesackten jauchigen Abscesses und Drainage der bis auf die Wirbelsäule reichenden, rechts und links starrwandigen Abscesshöhle. 14. IV. Zweite Operation. Incision und Drainage des nunmehr deutlicher gewordenen perityphlitischen Abscesses in der Ileocöcalgegend. 4. V. Dritte Operation: Resektion des proc. verm. Drainage; nach wenigen Tagen Darmfistel in der letzten Operationswunde, aber auch die erste Wunde in der Medianlinie entleert immer noch Stuhl. 3. VII. Vierte Operation: Drainage nach der rechten Lendengegend. 8. VII. Radikaloperation. 4. VIII. Erneute Fisteloperation mit negativem Erfolg.

2. *Entleerung eines perityphlitischen Abscesses in die Blase.*

14 jähriges Mädchen hatte zu Hause akute Blinddarmentzündung durchgemacht mit Perforation in die Blase. Resektion des Proc. vermif. in stadio frigido bei ziemlich starken Verwachsungen. Heilung.

3. *Graviditas interstitialis — Sectio cæsarea.*

41 jährige Hausfrau VII-para. Gravidität im fünften Monat: Cervix hart, lässt sich weit nach oben verfolgen, ebenso Uterus, bei leerem Scheidengewölbe; hoher Sitz eines Abdominaltumors, der sich nicht wie ein schwangerer Uterus, sondern eher als dünnwandige Ovarialcyste anfühlt. Kindsteile scheinen unmittelbar unter der äusseren Haut zu liegen. Kindsbewegungen seit 14 Tagen. *Wahrscheinlichkeits-Diagnose:* Extrauterinschwangerschaft.

Laparotomie. Der Tumor stellt einen schlaffen, fluktuierenden Sack dar, dessen Wandung vorn von Muskelfasern gebildet, etwas dicker, oben hinten und nach links aber papierdünn ist und die Farbe seines Inhalts stellenweise durchschimmern lässt. Nirgends hat die Tumorhülle die Dicke der Uteruswand im fünften Monat der Gravidität. Die rechte

Tube geht breit in den Tumor über; die linke Tube ist etwas kürzer als die rechte und geht ebenfalls in den Tumor über. *Diagnose:* Graviditas interstitialis. Spaltung des Peritonealüberzuges und der Muskulatur der vorderen Wand; Lösung des intakten Eies mit noch lebendem Kinde und Placenta; dreifache Uterusnaht; Heilung per primam.

4. *Doppelseitiger Ovarialtumor mit carcinomatöser Degeneration.*

51 jährige Pat. von gesundem Aussehen. Abdomen in toto, namentlich in seiner r. Hälfte mächtig vorgewölbt; der grösste Teil seines Inhalts scheint aus einer Tumormasse von verschiedener Consistenz und Provenienz zu bestehen. Laparotomie; ein gewaltiges *Kystom des r. Ovariums* frei in der Bauchhöhle liegend, der untere Teil desselben carcinomatös entartet. Abtrennung des Tumors mit der Tube. Der Douglas und beide Parametrien sowie z. T. das vordere Scheidengewölbe sind ausgefüllt durch das in ein *grosses Papillom umgewandelte linke Ovarium.* Stumpfe Ausschälung mit Schonung des Uterus und der l. Tube. Netz war gesund, dagegen fanden sich auf der Leberoberfläche zahlreiche stecknadelknopfgrosse Metastasen. Heilung.

5. *Eröffnung eines jauchigen abgesackten Abscesses über der Symphyse* wahrscheinlich in Folge einer gonorrh. Salpingitis entstanden. Schwere Sepsis. Heilung nach 2 Monaten.

6. *Partus bei Hymen rigidum imperforatum.*

Dr. Hæberlin, Zürich:

Aus dem

Jahres-Bericht der Privatklinik von Dr. Hæberlin in Zürich pro 1903.

(Buchdruckerei Müller, Werder & Cie., Zürich, 1904.)

1. *Tuberkulöse Oophoro-Salpingitis.* Laparotomie wegen ausgedehnter Verwachsungen ausserordentlich schwierig. Unter geringen Temperatursteigerungen entwickelte sich eine ausgedehnte retroperitoneale Infiltration, welche, trotz Incision und Drainage von der Scheide aus, zunahm und erst spät und langsam in Eiterung überging. Dazu gesellte sich ausgedehnte Bronchitis. Bei einem spätern Versuch, ausgiebiger zu drainieren, wurde der Darm verletzt. Unter zunehmender Kachexie trat *Exitus* ein.

Da dies die einzige Infektion ist, welche *Hæberlin* bei Laparotomien seit Jahren erlebte und zwar eben zu einer Zeit, wo das Wartepersonal und auch er selbst mit einem schwer septischen Patienten täglich in intime Berührung kam, so möchte Hæberlin das unglückliche Ereignis diesem Umstande zuschreiben.

2. Zwei Fälle von Puerperalfieber kamen mit vorgeschrittener *Peritonitis acutissima* in Behandlung. In einem Falle wurden Abortreste zurückgelassen, im andern wegen Blutung die Placenta manuell gelöst. Die breite Eröffnung des Abdomens in der Mittellinie mit Drainage gegen die Vagina brachte beidemal vorübergehend Erleichterung.

Collargol extern und intravenös augewendet hatte, im erstern Fall keine sichtbare Wirkung. Die Patientin erlag ihrer allgemeinen Peritonitis und die Section zeigte eitrige Thromben im linken Parametrium.

Wegen des hochgradigen Ileus wurde im zweiten Fall *Atropin** subcutan verabreicht. Zu den Symptomen der Sepsis gesellten sich noch jene der Atropinwirkung und das Resultat war Collaps. In Zukunft würde Hæberlin kleinen Dosen eventuell wiederholt den Vorzug geben, um die Reaktionsfähigkeit zu prüfen.

3. *Appendicitis perforativa.* 76jährige Frau. Die Drainage wirkte anfänglich sehr günstig, doch trat allmählich Herzinsuffizienz auf und starb Pat. nach 3 Wochen.

4. *Peritonitis acutissima. Sepsis.* Junges Mädchen, das früer gelegentlich über Bauchschmerzen klagte, dann plötzlich schwer erkrankte. Bei der Incision fand man eine gangrænöse, durch einen entzündlichen Strang abgeknickte Dünndarmschlinge mehrfach perforiert. Exitus 5 Stunden nach Incision.

5. *Peritonitis perforativa mit ausgedehnter Eiterung.* Intervention: günstiger Ausgang.

6. *Pyelitis.* Incision und Drainage wirkte sehr günstig. Während der Rekonvaleszenz kam es zu Infektion der schon bestehenden rechtsseitigen Hydronephrose. Diesem neuen Angriff war die sehr fettreiche Frau nicht gewachsen.

7. *Carcinoma mammæ.* 87-jährige Frau mit ulcerösem Brustkrebs. Die Operation (Entfernung der Mamma, der Pectorales und der axillaren

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 34 : *Dr. G. Hæmig :* « Chirurgisch nicht zu behandelnder Ileus durch Atropin behoben ».

Drüsen) wurde überraschend leicht ertragen, die ausgedehnte Wundfläche heilte per primam. Unterdessen machte die schon längst bestehende Nephritis parench. chron. Fortschritte und führte zum Tode.

8. *Rupturierte Eileiterschwangerschaft.* Patientin kam in sehr ausgeblutetem Zustande in die Klinik. Sehr intensive Kolikschmerzen. Wirkung des Morphiums auf das geschwächte Herz wahrscheinlich ungünstig. Exitus.

IV.

Mitteilungen aus der Praxis.

Dr. Hans Amberg, Luzern:

Ein Fall von Skolikoiditis* perforativa in einer Schenkelhernie und dessen Beziehungen zur Enteroptose.

Aus der chirurgischen Abteilung der kantonalen Krankenanstalt Luzern.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, Nr. 5, pag. 152, 1904.)

74 Jahre alte Frau; seit 2 Jahren eine rechtsseitige, eigrosse Schenkelhernie; am 28. Mai 1903 plötzlich starke Bauchschmerzen; keine Taxisversuche. Häufiger Brechreiz, jedoch kein Erbrechen, letzter Stuhl am 28. Mai, Winde immer vorhanden, Gefühl von Kollern im Leib. In der Leistengegend keine besonders starken Schmerzen.

30. Mai: *Spitaleintritt.* Senile Patientin, Puls ordentlich, Zahl 80. Abdomen mässig aufgetrieben und gespannt, tympanitisch bis zwei Finger breit über dem rechten Lig. Pouparti, wo in der Gegend der Schenkelpforte eine ungefähr gänseeigrosse, druckempfindliche Geschwulst sich befindet. Haut gerötet, aber noch verschieblich. Temperatur 37°. *Enteroptose.*

30. Mai: Operation. Lokalanästhesie mit Cocain. Hautschnitt über die höchste Proeminenz parallel dem lig. Pouparti. Bruchsack ganz schwarz, übelriechendes Bruchwasser und ein ganz freiliegender, an zwei Stellen perforierter Wurmfortsatz. Abtragung des Processus an der Basis nach Quetschung mit einem Schieber und Anbringung einer Durchstechungsligatur. Drainage. Heilung.

Wie ein ganz flüchtiger Blick in die bezügliche Litteratur** lehrt, sind ähnliche Erkrankungen vorwiegend bei *Frauen in vorgerücktem Alter* beobachtet worden.

* Die von Notnagel vorgeschlagene korrektere Bezeichnung für Appendicitis.
** Siehe *Gyn. Helvet.* III, p. 192 und p. 196.
und *Gyn. Helvet.* IV, p. 231.

Amberg tritt nun der Frage näher, inwiefern die Enteroptose beim Zustandekommen der Skolikoiditis beteiligt ist.

Die senil gesteigerte Enteroptose, verbunden mit verminderter Resistenzfähigkeit des Gewebes bedingt eine grössere Disposition zur Skolikoiditis; wir müssen daher notwendigerweise bei den ältern besonders mit Hernien behafteten Frauen einen *relativ* grossen Prozentsatz von solchen Erkrankungen finden.

Die *Prognose* scheint bei rechtzeitigem Eingriff trotz des hohen Alters nicht ganz ungünstig zu sein. Obschon die gangränös nekrotische Form der Endzündung mit Neigung zu Perforation vorwiegt, so bietet doch die excentrische Lage des Herdes die Möglichkeit einer leichtern Abkapslung und sogar Spontanheilung durch Bildung einer Kotfistel ist nicht ausgeschlossen.

Dr. J. Bastian, Genf:

Ein Fall von rachitischem Becken. 1 Geburt: Perforation; 2. Geburt: Conservativer Kaiserschnitt. Kind ausgetragen.

Un cas de bassin rachitique (D. P. P. M. = 6 $^1/_2$ centimètres); 1er accouchement: Embryotomie céphalique; 2me accouchement: Opération césarienne conservatrice. Enfant à terme.

(Revue Médicale de la Suisse romande, N° 4, pag. 288, 1904.)

30 Jahre alt; erste Geburt im Alter von 28 Jahren; Perforation (nach Dr. Civel. Archives provinciales de chirurgie) wegen beträchtlicher Beckenenge: Sp. 25 cm.; Cr. 28 cm.: Tr. 28; DB. 16 $^1/_2$ cm.; Conj. 6 $^1/_2$ cm.

Am 19. März 1904 ist die zweite Schwangerschaft so ziemlich am normalen Schwangerschaftstermin angelangt.

Am 22. März 1904 Sectio cæsarea. Uterin-Incision etwas links von der Mittellinie. Die erkrankten linken Adnexe werden abgetragen. Kind wiegt 3 Kilos 350 gr. Die Uterusdrainage wird in den folgenden Tagen successive von der Vagina her entfernt. Temperatur nie über 37.2.

Anmerkung des Ref. Bastian hat seither an der betreffenden Frau zum zweiten Male den Kaiserschnitt mit Erfolg für Mutter und Kind ausgeführt; dieses Mal aber auch die rechten Adnexe entfernt, um eine neue Gravidität unmöglich zu machen.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p 176: *Dr. J. Bastian:* « Becken mit lumbo-sacraler Kyphose. Ausgetragenes Kind. Konservativer Kaiserschnitt. ».



Dr. H. Chassot, Basel:

Ein Fall von Schwangerschaft nach unilateraler Ovariotomie und partieller Resektion des anderen Ovariums.

Un cas de grossesse après ovariotomie unilatérale et résection partielle de l'autre ovaire.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Basel:
Prof. Dr. O. v. Herff.

(Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, N° 5 et 6, pag. 223, 1904.)

Chassot hat die Litteratur der letzten 16 Jahre auf einschlagende Fälle hin durchsucht und zirka 30 Beobachtungen aufgefunden.

Da die Zahl der beobachteten Fälle eine kleine ist, so ist es wohl gerechtfertigt, einen in der Basler Frauenklinik erlebten Fall mitzuteilen:

22jähriges Mädchen: im Sommer 1902 plötzlich auftretende Schmerzen in der Ileocœcalgegend während zwei Tagen; am 31. März 1903 treten dieselben Schmerzen abermals auf; Tumor rechterseits. Spitaleintritt am 20. April 1903.

Regelmässig geformter Tumor, der bis zum Nabel reicht; keine deutliche Fluktuation, aber elastisch. Uterus klein, retroflektiert; rechts davon und nach vorn eine mannskopfgrosse Geschwulst, beweglich.

Diagnose. Cystische Degeneration des rechten Ovariums, wahrscheinlich mit Stieltorsion.

Operation. Rechtsseitige Ovariotomie und Resektion des linken Ovariums, da dieses ebenfalls teilweise cystisch degeneriert war. Stieltorsion der rechten Cyste.

Spital-Eintritt am 23. März 1904; Geburt am folgenden Tage, am normalen Schwangerschaftstermin. Normales Wochenbett; stillt ihr Kind.

Eine kurze Litteraturübersicht ist beigegeben.

Anmerkung des Ref. Ich habe ebenfalls einen hierhergehörigen Fall beobachtet, der inzwischen in der Rev. Méd. de la Suisse Romande, N° 1, 1905, zur Publikation gelangte: Exstirpation der rechten Tube und des rechten Ovariums, Resektion des zerklüfteten und zerrissenen linken Ovariums (nach Loslösung aus Adhærenzen), Enucleation eines orangegrossen Myoms der vorderen Uteruswand.

11. XII. 1904 Zangengeburt; II. Vorderhauptslage. Kind lebend. Wochenbett normal.

Prof. Dr. A. Gœnner, Basel:

Hefeanwendung bei Fluor.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Nr. 5, pag 181, 1904.)

Der Bericht über Hefeanwendung bei Fluor aus der deutschen med. W. Nr. 1 in Nr. 4 des Correspondenzblattes, pag. 143, veranlasst Gœnner zu folgenden Bemerkungen:

« Ich wende Hefe seit mehr als 2 Jahren an, anfangs nur gegen Gonorrhoe. Es hat sich aber gezeigt, dass sie auch bei andern Eiterungen wirkt und eine mikroskopische Untersuchung gewöhnlich entbehrlich ist. Am besten ist die frische Bierhefe, viel weniger gut oder auch unwirksam sind die verschiedenen sterilen oder getrockneten Hefen, die unter allerlei schönen Namen empfohlen werden. Kühl aufbewahrt, bleibt die Hefe 7 bis 8 Tage gut; im Sommer 5 Tage. Anfangs hielt ich mich genau an die Vorschrift 2 gr. Hefe, 4 gr. Zucker. Das genügt gewöhnlich nicht; bei weiter Scheide muss man das zwei- oder dreifache nehmen. Ich messe das Quantum Kaffeelöffelweise, verreibe Hefe und Zucker bis daraus eine dickflüssige Masse wird, die man durch ein Röhrenspekulum einführt und damit die Wände der Scheide von oben bis unten bestreicht. Ein Wattebausch hält die Hefe zurück. Auch auf der Vulva wird der Brei aufgetragen, wenn sie entzündet ist. Die Patientin soll womöglich einige Zeit nach der Applikation liegen.

Zum Einführen der Mischung brauche ich nach allerlei Versuchen einen lang gestielten Konfitürelöffel, den ich mir selbst zurechtgemacht habe. Man findet diese Löffel für 50 Cts. bei G. Kiefer, Gerbergasse, Basel. Der Stiel ist zirka 30 cm. lang, trägt am Ende ein rundes Löffelchen von zirka 5 cm. Durchmesser, das im rechten Winkel zum Stiel steht. Es lässt sich leicht mit der Hand so umbiegen, dass es in der Längsachse des Stiels liegt, wie ein gewöhnlicher Löffel. Die seitlichen Löffelränder werden so zusammengedrückt, das man das Speculum passieren kann. Mit diesem Löffel kann man rasch die genügende Menge Hefe in die Scheide bringen, das flache Ende des Stieles dient zum Verstreichen.

Wenn man so verfährt: frische Hefe in genügender Menge und gute Verteilung, so befriedigt das Resultat, manchmal geht es überraschend schnell, was mir namentlich bei einigen Schwangern auffiel, wo die rasche Beseitigung der Gonorrhoe aus den bekannten Gründen besonders erwünscht war.

Ob alles auf Alkoholwirkung beruht, und ob man das Gleiche einfacher durch Alkoholtampons erreichen könnte, habe ich mich auch schon gefragt, kann es aber jetzt nicht entscheiden, vielleicht in einiger Zeit, wenn mir darüber genügende Erfahrung zu Gebote steht. »

Prof. Dr. A. Gœnner, Basel*:

Die Berechtigung und die Indikationen der Konzeptionsverhinderung.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 8, pag. 265, 1904.)

Gœnner macht einen Unterschied zwischen der Berechtigung und der Indikation zur Konzeptionsverhinderung.

Wenn man z. B. gefragt wird, wie gross die Zwischenräume zwischen den Geburten sein sollen, so kann man mit voller Ueberzeugung erklären, dass zweijährige Intervalle am Platze sind. Man handelt im Interesse der betreffenden Frau und ihrer Familie. Immerhin ist das keine absolute, sondern eine relative und nur temporär geltende Indikation. Andere, die *unbedingteGeltung* haben, sind:

1. Beckenverengerungen, die den Kaiserschnitt oder die Perforation erfordern, dann

2. *Diejenigen Krankheiten, welche durch die Schwangerschaft und die Geburt so sehr verschlimmert werden, dass die Mutter in Lebensgefahr gerät und das Kind wenig Aussicht hat gesund zu bleiben.* Auch wenn die Mutter allein ernstlich gefährdet erscheint, die Frucht aber nicht, soll die Schwangerschaft vermieden werden. Hierher gehört die *Tuberkulose* und zwar nicht nur die vorgeschrittenen Fälle, sondern hauptsächlich die beginnenden und die der Tuberkulose verdächtigen. Lichtenstein (die antikonzeptionellen Mittel) ist der Ansicht, dass auch Tuberkulose des Mannes als Grund für Sterilität zu gelten habe. — Bei *Herzfehlern* schadet die Gravidität gewöhnlich auffallend wenig, die Entscheidung wird von Fall zu Fall eine verschiedene sein, gewöhnlich wird es sich nur

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 26: *Prof. Dr. A. Gœnner:* « Die Berechtigung des künstlichen Abortes und der Perforation des lebenden Kindes etc. ».

Siehe *diesen Jahrgang,* Mitteilungen aus der Praxis: *Dr. A. Kraft:* « Die Berechtigung zur Indikation der Konzeptionsverhütung ».

darum handeln, längere Pausen anzuraten. — Was man früher *Schwangerschaftsniere* hiess und neuerdings geneigt ist, als *Nephritis* aufzufassen, kommt bei einer neuen Schwangerschaft leicht wieder und kann durch Eklampsie und seltener durch Uebergang in chronische Nephritis das Leben gefährden. — Bei *puerperalen Psychosen* wollen die Angehörigen von weiteren Kindern nichts wissen, auch wenn man auf die meist gute Prognose aufmerksam macht. — Bei Lues ist die Schwangerschaft zu vermeiden bis beide Ehegatten gesund sind.

Atonische Blutungen in der Nachgeburtszeit wiederholen sich bei der gleichen Frau leicht, besonders, wenn die Geburten sich rasch folgen. Mitunter sind sie durch Missbildungen des Uterus bedingt. Sie können so schwer sein, dass das Leben ernstlich bedroht wird. In solchen Fällen ist es gewiss berechtigt, der Sache ein Ende zu machen, bevor es einmal schief geht.

Gœnner war einmal im Fall wegen *Wucherung von zurückgebliebener Decidua* vor weiteren Geburten zu warnen. (In der Aszendenz der betreffenden Frau waren mehrere Karzinomfälle vorgekommen.)

Lichtenstein erwähnt weiter als Indikationen: *Osteomalacie, Uteruskarzinom, perniziöse Anæmie* und *Lepra*. — Nach *Krankheiten, die den Organismus stark geschwächt haben,* ist bis nach vollständiger Wiederherstellung Gravidität nicht zuträglich. *Myome* und *andere Geschwülste*, sowie *Entzündungen der Beckenorgane* können ebenfalls eine Schwangerschaft kontraindizieren.

R. Guillermin, cand. med., Genève:

Anomalie einer Zwillingsplacenta.

Anomalie d'un placenta de jumeaux.

(Revue Méd. de la Suisse Romande, N° 6, pag. 428, 1904.)

Die geburtshülfliche Poliklinik von Prof. Jentzer wurde wegen einer Zwillingsschwangerschaft in Anspruch genommen; das erste Kind in erster Steisslage wurde ohne Schwierigkeiten extrahiert; die zweite Fruchtblase, die sich in der Vulva stellte, wurde künstlich gesprengt und enthielt blutig gefärbtes Fruchtwasser. Unvollkommene Fusslage. Extraction.

Das erste Kind ist normal, das Zweite misst 38 cm. (vom Scheitel zur Steissbeinspitze 27 cm.) und wiegt 2100 gr.; es war maceriert.

Die Placenta ist doppelt, durch eine Brücke verbunden.

Fœtale Fläche der doppelten Placenta.

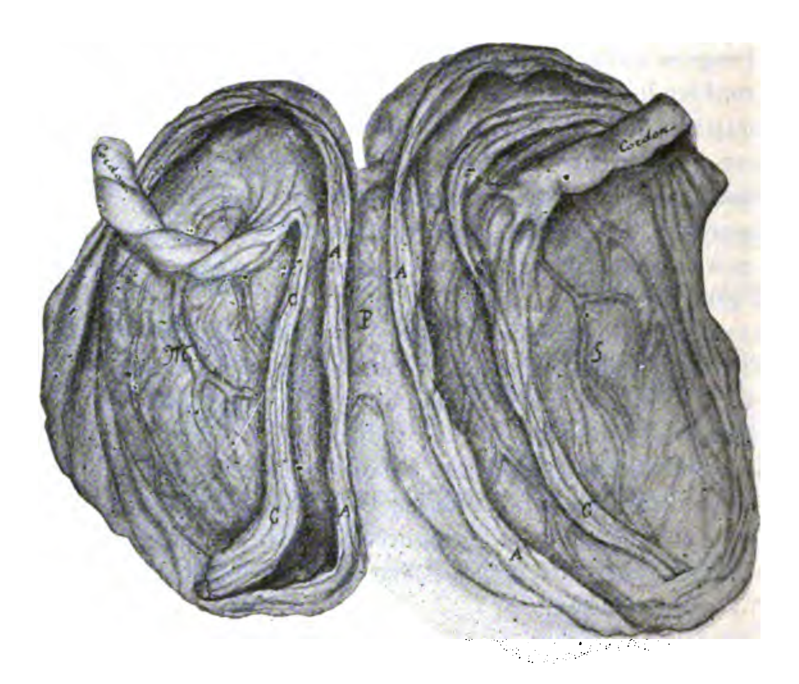


Fig. 45.

P. Brücke, die die beiden Placenten verbindet. — M. Placenta des macerierten Fœtus. — S. Placenta des normal entwickelten Fœtus. — AA. Amnios. — CC. Chorion.

Die Zwillinge stammen aus zwei verschiedenen Eiern.

Guillermin hat die Placenta des macerierten Fœtus injiciert, um die Gefässverhältnisse eingehender zu studieren; eine beigegebene Tafel in Farbendruck erklärt besser als jeder Text die vorliegenden Verhältnisse.

Dr. A. Kraft, Zürich:

Die Berechtigung zur Indikation der Konzeptionsverhütung*.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Arzte, Nr. 10, pag. 337, 1904.)

Kraft vermisst in dem Gœnner'schen Aufsatze erstens die Besprechung des *Congressus interruptus,* dann die *Berücksichtigung der national-ökonomischen Seite der Frage*:

Es kann die Konzeptionsfrage nicht bloss in klinischer Hinsicht behandelt werden, sondern es muss die Frage durchaus im Zusammenhange mit dem gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben besprochen werden.

Sache des Arztes wird es sein, zu beweisen, dass die künstliche Sterilität aus volkswirtschaftlichen Gründen auch befürwortet werden muss. Zeigt er, dass die Frau durch zahlreiche Geburten schwer gesundheitlich geschädigt und gefährdet wird etc., dass also die Rücksichten auf Leben und Gesundheit der Frau die künstliche Sterilität nicht selten gebieterisch fordern, dann wird er zur Bekräftigung seiner Stellungnahme nur einen kleinen Schritt weiter gehen, aber er wird in's volkswirtschaftliche, national-ökonomische Gebiet hinübertreten müssen. Das Ansehen des ärztlichen Fachgewissens wird dadurch nicht geschädigt, sondern nur erhöht, weil die Wichtigkeit desselben der Allgemeinheit einleuchtender vor Augen geführt wird; aber der Arzt muss dies selbst besorgen, dazu ist selbstverständlich nötig, dass er über national-ökonomische Kenntnisse verfügt. Ein grosser Teil seiner Wissenschaft steht heute im Dienste der Volkswirtschaft und nimmt unter den staatlichen Bestrebungen einen angesehenen Posten ein (Hygiene).

Prof. Gœnner bemerkt dazu an gleicher Stelle folgendes: « Der Coitus interruptus wird meines Wissens allgemein widerraten, sowohl von den Lehrbüchern, als auch von den Aerzten ihren Patienten gegenüber. Deshalb habe ich nichts darüber gesagt; meine Ansicht war, das zu erwähnen, worüber die Lehrbücher schweigen und etwa was strittig ist.

Die national-ökonomische Seite der Angelegenheit ist nicht so einfach; ich betrachte mich darin nicht als kompetent und so wird es auch andern Kollegen gehen; darum halte ich es für richtiger, sie den Fachleuten zu überlassen. Natürlich macht sich jeder seine Gedanken über die Fruchtbarkeit mancher Völker und die relative Sterilität anderer. Das ist auch psychologisch ganz interessant, aber man denkt und sagt manches, lässt es jedoch nicht drucken, Verba volant, scripta manent.

Wenn Herr Dr. Krafft, der in der Nationalökonomie besser bewandert ist als ich, seine Ansicht veröffentlicht, so werde ich sie mit Interesse lesen. »

* Siehe *diesen Jahrgang,* Mitteilungen aus der Praxis: *Prof. Dr. A. Gœnner*: « Die Berechtigung und die Indikationen der Konzeptionsverhinderung ».

Dr. E. Lardy, Genf:

Traumatische Osteomalacie.

Ostéomalacie traumatique.

(Revue Méd. de la Suisse Romande, N° 2, pag. 135, 1904.)

Die Zahl der bis jetzt sicher bekannten Fälle von traumatischer Osteomalacie ist keine beträchtliche, weshalb *Lardy* eine hierher gehörige typische Beobachtung der Oeffentlichkeit übergeben will:

17-jähriges Mädchen mit Knochendeformationen der untern Extremitäten; Locomotion beinahe unmöglich; wurde gestillt und war die Entwicklung eine normale, ebenso die Dentition; hat mit 11 Monaten begonnen zu gehen; im Alter von 2 Jahren fiel Patientin und zog sich dabei eine Fraktur des rechten Femur zu; Heilung nach 3 Monaten; eine gewisse Schwierigkeit beim Gehen blieb zurück; im Alter von 5 Jahren unbedeutender Fall im Zimmer und abermals Oberschenkelbruch an derselben Stelle; Consolidation in der gesetzmässigen Zeit; im Verlaufe desgleichen Jahres nach einem geringfügigen Fall Fraktur der linken Tibia, im untern Drittel; lange Heilungsdauer; nach einigen Monaten zum dritten Mal Bruch des rechten Oberschenkels an der früheren Stelle; Monate langes Krankenlager; bei Verlassen desselben grosse Schwierigkeiten zu gehen und Schmerzen in den Beinen. Vom 8. Lebensjahre an begann die rechte Tibia, die nie frakturiert war, sich zu biegen. In diesem Stadium kam Patientin in *Lardy's* Behandlung.

Während der Thorax und die obern Extremitäten normal und kräftig entwickelt sind, sind die untern Extremitäten deformiert und in eigentümlicher Weise gewunden; keine Spur von Rachitis; es existiert ein gewisser Grad von Skoliose mit besserer Entwicklung der linken Thoraxhälfte, wohl herrührend von der bedeutenden Verkürzung des rechten Beines. Das Becken vollständig verzehrt. (Genaue Beschreibung der deformierten Teile.)

Diagnose: Jugendliche Osteomalacie mit alter Hydrocephalie.

Aetiologie: Vielleicht Syphilis.

Therapie: Castration, um die osteomalacische Diathese zur Heilung zu bringen; allmähliges redressement der verunstalteten Glieder. Jod innerlich.

Doppelseitige Oophorectomie. Die Ovarien sind ziemlich gross mit zahlreichen Cysten. Osteotomien. Wesentliche Besserung betreffs der defor-

mierten Knochen und des Gehens, aber dafür monatlich sehr unangenehme nervöse Zufälle (Ausfallserscheinungen, Ref.).

Lardy teilt noch einen weiteren Fall kurz mit, der aber den Gynækologen nicht direkt interessiert.

In einer Randnote bricht der Autor noch eine Lanze zu Gunsten der *Verwendung von Seide in der Chirurgie* und stellt gewisse Regeln auf, deren Befolgung gefordert werden muss:

1. Die Seide muss « antiseptisch » sein; sie soll, nachdem sie im Autoclaven verweilt, in Sublimatlösung aufbewahrt werden.

2. Während der Operation soll die Seide direkt der antiseptischen Lösung sauber entnommen werden.

3. Man soll die Seide nicht mit blutigen Händen anfassen, sondern letztere zuerst in Tavel'scher Lösung, in sterilisiertem oder Salz-Wasser abspühlen.

4. Man soll nur feine Seide anwenden; nötigenfalls kann man 2—4 und 8-fache Seidenfäden verwenden; die stärkste Nummer, die in Betracht kommt, ist Nr. 2 der Turner'schen Seide.

5. Für die « verlorenen Nähte » sollen die einzelnen Seidenfäden nicht zu nahe beisammen appliciert und nicht zu fest geschnürt werden, um Gangraen der beteiligten Gewebe zu verhüten.

6. Die oberflächlichen Nähte dürfen mit den Entspannungsnähten nicht in Berührung kommen; diese letzteren sollen so bald wie möglich entfernt werden (nach 24 Stunden), um so ein Eindringen von Bakterien der Hautoberfläche und der Hautdrüsen in die Tiefe zu verhindern.

Dr. H. Nägeli, Zürich:

Ueber einen Fall von vorgetäuschter Perityphlitis.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 11, pag. 363, 1904.)

67-jährige Frau; vor 28 Jahren will sie eine Blinddarmentzündung gehabt haben. Vor 3 Jahren event. eine leichte Perityphlitis; seit dieser Zeit hie und da Schmerzen in der Ileocöcalgegend. Am 7. Mai 1901 plötzlich heftige Schmerzen in der rechten Iliacalgegend, Erbrechen; am 8. Mai fieberfrei, 76—80 Pulse in der Minute, der Leib weich, die Ileocöcalgegend etwas druckempfindlich, aber keine Resistenz, kein Tumor zu

konstatieren. 9. Mai: Gegen 6 Uhr abends plötzlich sehr heftige, krampfartige Schmerzen, die von der Patientin in die Gegend um den Nabel herum lokalisiert wurden. Lokaler Befund ohne Aenderung. Am andern Tage Flatus, gegen 4 und 9 Uhr wieder heftige Schmerzen, krampfartig. Normale Temperatur, Puls 80—88; Abdomen etwas aufgetrieben, starke Druckempfindlichkeit der Ileocöcalgegend, leichte Resistenz. Schmerzen im Abdomen, unbestimmter Art. 11. Mai: Oelklysma ohne Erfolg. Leib mehr aufgetrieben. Temperatur 38,2, Puls 100—120; heftiger Singultus.

Ein operativer Eingriff (Perforation?) wurde von der Patientin rund abgeschlagen.

Das weitere Bild der Erkrankung, die sich noch bis zum 23. Mai hinzog, war dasjenige einer allgemeinen Peritonitis. Exitus.

Section: Der Processus vermiformis, der ungefähr 6 cm. lang ist, erscheint vollständig obliteriert und nirgends verwachsen; 8 cm. oberhalb des Cœcum findet sich ein ungefähr 5 Centimes-Stück grosses Loch und unterhalb desselben ein zweites kleineres. Von Tuberkulose oder Carcinom war weder makroskopisch noch mikroskopisch etwas zu entdecken; auch keine typhösen Geschwüre.

Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine Nekrose; jedoch konnte für die Ursache dieser eine befriedigende Erklärung nicht gefunden werden; am wahrscheinlichsten dürfte ein mit der Nahrung aufgenommener Fremdkörper die erste Veranlassung gewesen sein.

Der vorliegende Fall ist für den Operateur ein Fingerzeig, wessen er sich allenfalls auch bei einem scheinbar ganz sicheren Fall von Perityphlitis zu versehen hat.

Dr. F. R. Nager, Zürich:

Bericht über die auswärtigen Untersuchungen der Tumorenstation vom 1. Januar 1900 bis 1. Januar 1904.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Zürich:
Prof. Dr. P. Ernst.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 10, pag. 332, 1904.)

Wir werden im Folgenden nur das den Gynækologen Interessierende im Auszug wiedergeben:

14 Mesenterialtumoren: Darunter 6 Lymphosarkome. Unter den 8 gutartigen Neubildungen fanden sich eine Lymphcyste, sowie ein Lymphangioendothelioma cysticum (siehe diesen Jahrgang im Kapitel: Dissertationen die Arbeit von *Dr. Nager*).

14 Präparate, die der Bauchwand entstammen: Die 5 Fibrosarkome bei weiblichen Patienten dürften facsialen Ursprunges sein. Carcinome des Nabels fanden sich 4 mal; das eine war wohl eine Metastase eines Abdominalkrebses; man fand später im Pylorus einen Scirrhus; im *Ovarium* glaubte man eine fibröse Entartung zu finden, aber mit Siegelringzellen, so dass die Entscheidung schwankte zwischen Gallertcarcinom und den sogenannten *Kruckenberg*'schen Ovarialtumoren (cf. Arch. f. Gyn. Bd. 50 und Wiener klin. Wochenschrift 1902); schliesslich kam noch zur Beobachtung eine *adenomartige Bildung* des Nabels, die den Verdacht auf *Dottergangsreste* berechtigte.

16 Bruchsäcke: 4 davon wiesen Peritonealtuberkulosen auf; 2 enthielten Krebsknoten, Metastasen von vorher nicht aufgefallenen Abdominalgeschwülsten.

17 Wurmfortsätze: Mit Zeichen bestehender oder abgelaufener Entzündung.

5 Tumoren der Sakralgegend: 3 Peritheliome, 1 Gliom und 1 Teratom. Eines der Peritheliome konnte mit einiger Wahrscheinlichkeit von der Steissdrüse abgeleitet werden.

85 Nieren-Präparate: 53 entzündliche Affektionen. 13 ausgebildete Pyonephrosen und Tuberkulosen. 10 Tumoren, als 4 Sarkome (eines bei einem 4-jährigen Kinde), 2 Mischgeschwülste, 1 malignes Adenom und 2 gutartige Geschwülste. 2 Nebennierentuberkulosen; ferner wurden 12 Hypernephroide-Tumoren untersucht.

12 Blasenaffektionen: 2 Blasensteine, 4 benigne Tumoren, 1 Tuberkulose und 2 Carcinome. Von diesen letzteren war das eine kombiniert mit Tuberkulose.

Im Gegensatz zur Ansicht von Rokitansky, der ein Ausschliessungsverhältnis von Carcinom und Tuberkulose proklamiert hatte, mehren sich in den letzten Jahren die Angaben über die Coincidenz dieser Affektionen in einer Weise, dass man geneigt wäre, heute ein Kausalitätsverhältnis anzunehmen.

165 Uterus-Curettageproben: 104 gutartige Endometritiden, 23 Carcinome aus dem Corpus uteri, 7 maligne *Adenome.* Prof. Ernst hält an der histologischen Sonderstellung dieser letzteren atypischen Drüsen-

wucherung fest. 25 mal wurden Placentarreste von Abort oder Geburt zu Tage gefördert; endlich auch 2 Traubenmolen und *4 Syncytiome* (Chorionepitheliome, im Sinne von MARCHAND).

48 Portio-Excisionen: 31 gutartige Fälle, 14 Carcinome, meist cylinder- und plattenzellige Krebse, aber auch ein sicheres Gallertcarcinom.

80 Fälle von Uteruserkrankungen: 13 Schleimhautpolypen, 27 Myome, 17 Carcinome, 2 Fibrosarkome; das eine wurde durch die Ausschabung vor der Operation diagnosticiert; es bot histologisches Interesse durch den Gehalt an Knorpelinseln und wurde eingehend von DUCHINOFF* bearbeitet; des weiteren kamen zur Beobachtung 5 Myosarkome, 1 Tuberkulose, 3 Blasenmolen, eine in situ im Uterus, sowie 1 Uterusruptur. Ein intraligamentäres Fibromyom enthält drüsige Bestandteile, gehört dadurch zu den von RECKLINGHAUSEN eingehend beschriebenen Adenomyomen; dieser Tumor war ausserdem noch tuberkulös**.

74 Ovarien-Präparate: 25 Oophoritiden, 22 gutartige Tumoren, 18 Carcinome, 8 Sarcome, 1 Endotheliom. (Ueber ein fibro-epitheliales traubiges Papillom des Ovariums und seine Beziehungen zu Keimepithelcysten hat BETSCHMANN*** berichtet.) Unter den Carcinomen fand sich ebenfalls ein Fall kombiniert mit Tuberkulose; auch eine Dermoidcyste war tuberkulös entartet, während von einer anderen derartigen Cyste ein Plattenepithelkrebs ausgegangen war, der in's Rektum perforierte und den Cysteninhalt sowie Tumormassen in den Darm entleerte.

27 Tubenpräparate: 11 Entzündungen, 7 Tuberkulosen, 1 Sarcom. ausgegangen von den Fimbrien, 8 Tubargraviditäten, teils mit Inhalt.

10 Vaginalaffektionen: 4 Carcinome, 2 Sarcome, darunter 1 Fibrosarcom, eine Metastase des oben erwähnten Uterussarcoms. Ein Tumor aus einer grossen Labie einer Patientin erwies sich als *Testis*. Dadurch wurde bei einer Person von vollkommen weiblichem Habitus und weiblichem Empfinden ein Pseudohermaphroditismus masculinus festgestellt.

* Siehe *Gynæc. Helvet.* IV, pag. 112: *Dr. Z. Duchinoff:* « Riesenzellensarcom des Uterus mit Knorpelinseln ».

** Siehe *diesen Jahrgang,* pag. 102: *Dr. A. Hösli:* « Ueber einen Fall von Fibromyoma intraligamentare adenomatosum mit Tuberkulose ».

*** Siehe *Gynæc. Helvet.* III, pag. 96: *Dr. T. Betschmann:* « Ueber ein fibroepitheliales, traubiges Papillom des Ovariums und seine Beziehungen zu Keimepithelcysten.

Prof. Dr. A. Nolda, Montreux-St. Moritz:

Ein Fall von kongenitalem Riesenwuchs des rechten Daumens.

(Virchow's Archiv, 178. Band, 1904.)

Fälle von wahrem kongenitalen Riesenwuchs sind verhältnismässig selten.

In der Familie sind Missbildungen kongenitaler Art sowohl in der Aszendenz wie in der Deszendenz nachzuweisen. Bei der Geburt wurde sofort der vergrösserte Daumen entdeckt. Das Grössenverhältnis zu den anderen Fingern soll sich im Laufe des Wachstums etwas zugunsten des Daumens verschoben haben.

Rechter Daumen: Daumenballen 21 cm. Länge (Metacarpophalangeal-Gelenk) 10,5 cm, Umfang 12,5 cm; linker Daumen: Daumenballen 11,5 cm. Länge 6,5 cm, Umfang 7,5 cm. Also fast eine Verdoppelung.

Ueber die *Aetiologie* dieser Missbildungen ist man noch so ziemlich im Unklaren.

Dr. Paul Pfaehler, Solothurn:

Ein Riesen-Ovarialtumor*.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 7, pag. 234, 1904.)

Die 42-jährige Frau bemerkte bereits vor fünf Jahren das Anschwellen des Unterleibes; derselbe nahm an Umfang beständig zu. Hand in Hand mit der Zunahme des Tumors nahm die Ernährung ab. Es stellten sich Atemnot, Herzklopfen, Oedeme der Beine und Labien ein.

Status vom 9. Dez. 1903. Das Abdomen ist durch eine gewaltige, 170 cm. im Umfang und 101 cm. in der longitudinalen Wölbung messende Geschwulst ersetzt; der Rippenbogen gewaltig auseinandergetrieben, Spannweite 43 cm. Einen grellen Gegensatz zu der Grösse des Tumors bildet die zum Skelett abgemagerte Frau.

Im Bereiche des ganzen Tumors deutliche Fluktuation; Beine und Schamlippen stark ödematös. Zur Illustration der seitlichen Ausdehnung der Cyste möge die Tatsache Erwähnung finden, dass der Tumor, als die Patientin die Droschke betrat, von beiden Seiten energisch komprimiert werden musste, damit sich die Kranke durch den Wagenschlag hindurchdrängen konnte. (Fig. 46).

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 4: *Dr. Fr. Brunner:* « Ovarialtumor von aussergewöhnlicher Grösse ».

Operation am 17. Dez. Bei der Eröffnung der Cyste stürzten 74 Liter Flüssigkeit heraus. Nach ausgiebiger Erweiterung der Incision gelang die wegen der starken Verwachsungen ziemlich mühsame Auslösung des Tumors.



Fig. 46.

Derselbe erstreckte sich bis dicht unter das Zwerchfell; alle Unterleibsorgane lagen hinter ihm. Die Därme erschienen auffallend klein und leer; die Leber war zum grossen Teil förmlich zu einer dünnen Platte ausgewalzt; ebenso die Milz.

Das Ovarialcystom war vom linken Ovarium ausgegangen. Von den Recti abdom. war kaum noch eine Spur zu finden.

Da es aus den zahlreichen Adhäsionsstellen ziemlich reichlich blutete, so betupfte Pfaehler dieselben mit steriler 10 % Gelatinelösung* und goss auch zwei Tuben in die Bauchhöhle. Einbringen von 1 Liter physiol.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 69: *Prof. Tavel:* « Die Anwendung der Gelatine zur Verhütung postoperativer Hæmatome ».

Kochsalzlösung in das Cavum abdom., Schluss desselben mit fortlaufender Celluloidzwirnnaht.

Da durch die Operation 74 Liter Inhalt entleert worden waren, so wurde also die Patientin durch den Eingriff von einem Gewicht von ca. 97 kg., also 194 Pfund, befreit. Es wog nämlich ein Liter der stark detritushaltigen Cystenflüssigkeit 1300 gr. und der Balg der Geschwulst ca. 3 kg. Da die Patientin selbst gegen 47 Kilo wog, so durfte PFAEHLER sie füglich als Adnex ihrer Geschwulst bezeichnen. *Heilung.*

Dr. A. RENAUD:

Primäre ulceröse Tuberkulose der grossen Schamlippe.

Tuberculose ulcéreuse primitive de la grande lèvre.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, N° 4, pag. 297, 1904.)

4 Jahre altes Mädchen; rötlich-blaue Schwellung der linken, grossen Schamlippe; tiefe Pseudofluktuation im oberen Abschnitte und auf die innere Fläche übergehend eine torpide Ulceration, die den *Nuck*'schen Kanal und das lig. rotund. frei legt; die Ränder sind ziemlich scharf; der Geschwürsgrund ist gelblich-grau. Die Schwellung erreicht sogar etwas die entsprechende kleine Schamlippe. In der Schamspalte findet man unterhalb des Geschwüres zwei gelblich-weisse Stellen, an Sagokörner erinnernd.

Drüsen klein, hart, nicht schmerzhaft.

Die Anamnese war nicht im Stande, betreffs der Differentialdiagnose des ulcerativen Prozesses Licht zu verbreiten; in Betracht kam: 1. Nekrose, 2. Ulcus molle und 3. tuberkulöses Geschwür.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine grosse Menge von *Koch'schen Bacillen* mit einigen Coli-Bacillen; weder Streptokokken noch Staphylokokken.

Betupfen der Ulceration (nach vorheriger Reinigung mit warmen, adstringierenden Kompressen) mit Jodtinktur und Jodoform-Verband. Die Heilung ging rasch vorwärts und konnten später (nach 14 Tagen) keine Tuberkelbacillen mehr nachgewiesen werden. Der Ursprung dieser *primären Tuberkulose der Vulva* konnte nicht mit Gewissheit eruiert werden.

Dr. F. Wuhrmann, Kilchberg-Zürich:

Narkose mit Chloroform-Bromaethyl $\overline{aa}$ Gemisch.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 24, pag. 795, 1904.)

Die reine Bromaethylnarkose lässt bisweilen im Stiche, Wuhrmann machte nun im Jahre 1896 die Beobachtung, dass die Narkose sich prompt einstellte, wenn er auf das mit Bromaethyl befeuchtete Tuch noch einige Tropfen Chloroform goss. Die Mischung bereitet sich Wuhrmann aus Chloroform Duncan Flockhart & Cie. in Edinburgh und London und aus Bromaethyl puriss. Merk. Als Misch- und Aufbewahrungsgefäss dient ein 35 ccm haltendes, braunes, von 5 zu 5 cm graduiertes Fläschchen, das durch eine Kartonhülse vor Licht geschützt ist.

Zur Einleitung der Narkose werden bei Erwachsenen 5 ccm, bei Kindern 2 ccm des Gemisches auf ein Taschentuch gegossen und letzteres bis circa handbreit dem Gesicht genähert. Je nach der Empfindlichkeit des Einzelnen tritt dann nach $^1/_4$—1 Minute ruhiges Atmen ein; das Tuch wird nun zur Tüte gefaltet und dem Gesicht nahe gebracht. In weiterer $^1/_2$—1 Minute ist meistens die gewollte Narkose erreicht.

Für die Beurteilung, ob ein Patient dieser kurz dauernden Narkose unterworfen werden dürfe, ist Wuhrmann vor allem die Qualität des Pulses ausschlaggebend. Zeigt der Puls im Verlaufe der Narkose Schwächeerscheinung, so wird Aether auf das Tuch gegeben.

Ist die Narkose mit Hilfe des Gemisches nach 1—2 Minuten eingetreten, so wird bei länger dauernden Operationen einfach mit Chloroform oder Aether fortgesetzt.

V.

Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften.

Geburtshülflich-gynækologische Gesellschaft der französischen Schweiz.*

Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande.

Prof. Dr. M. Muret, Lausanne:

Die operativen Indikationen der Uterusfibrome.

Des indications opératoires des tumeurs fibreuses de l'utérus.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, N° 6, pag. 419, 1904.)

Die Konstatierung eines Uterusfibroms berechtigt noch nicht seine Exstirpation; nur die von dieser Geschwulst ausgehenden Störungen können die operativen Indikationen abgeben. Seit die Prognose der Operationen der Uterusfibroide eine weit bessere geworden ist, haben sich auch die Indikationen zur Operation wesentlich erweitert. Immerhin sind gewisse allgemeine Bedingungen, wie 1. *Alter* und 2. *soziale Stellung* nicht aus dem Auge zu verlieren.

1. Bei jungen Frauen soll man sich stets daran erinnern, dass trotz eines Myoms eine normal verlaufende Schwangerschaft und Geburt statthaben kann. Bei Frauen, die sich der Menopause nähern, können die Fibrome sich verkleinern, aber andererseits kann sich die Menstruation auch lange hinausziehen und kann nach der Menopause eine Volumszunahme einsetzen. Unter solchen Bedingungen soll man nicht gefährlicher Symptome wegen nicht operieren, man soll sich aber ernster Symptome wegen auch nicht irreführen lassen und selbst bei Beginn der Menopause operieren.

* Siehe deren Statuten im Kapitel: « Verschiedenes » dieses Jahrganges.

Fibrome, die erst nach dem Aufhören der Menstruation Symptome machen, sollen stets operiert werden, denn es handelt sich dann um maligne Degeneration oder um fibröse Polypen.

2. Die soziale Stellung der Patientin spielt bei der Indikationsstellung der operativen Behandlung der Uterusfibrome eine nicht zu unterschätzende Rolle; operiert man ohne absolut zwingenden Grund, dann muss man den Wert des menschlichen Lebens im gegebenen Falle genau abschätzen.

Der Sitz der Fibrome hat kaum einen Einfluss auf die operativen Indikationen, jedenfalls nur insoweit, als von ihm gewisse Symptome abhängig sind (Blutungen bei submucösen Fibromen und Polypen; mechanische Störungen bei subserösen Geschwülsten).

Eigentliche operative Indikationen bilden die Metrorrhagien mit konsekutiver Anæmie und Hydræmie (Enucleation von submucösen Fibromen, Ablation von fibrösen Polypen). Wenn man den gegenwärtigen Stand der operativen Gynækologie in's Auge fasst, dann muss man zur Erkenntnis kommen, dass hier der konservative Standpunkt nicht mehr gerechtfertigt ist. Handelt es sich um weniger weit vorgeschrittene Fälle, dann wird man oft gezwungen sein, auch medikamentös einzuschreiten; haben die Medikamente aber keinen durchschlagenden Erfolg, dann soll man keine Zeit verlieren und operativ einschreiten.

Um die operative Indikation richtig feststellen zu können, soll man sich eingehend mit der Frage der *Reaktion der wiederholten Blutungen auf den Organismus* beschäftigen; die verlorene Menge Blutes spielt dabei eine untergeordnetere Rolle.

Rapide Volumszunahme der fibrösen Tumoren. Man muss dabei zu unterscheiden wissen zwischen Volumszunahme infolge einfacher Hypertrophie, oder Volumszunahme herrührend von einer Degeneration der Geschwulst, von Oedem, von Cystenformation, von Eiterung etc. Hat man es mit degenerierten Fibroiden zu tun, dann muss operiert werden und zwar so frühzeitig wie möglich; dagegen kann sich eine einfache Volumsvermehrung innert gewisser Grenzen halten und keine radikale Intervention notwendig machen. Natürlich müssen hierhergehörige Geschwülste überwacht und bei Vergrösserung operiert werden.

Beweglichkeit. Subseröse, mehr oder weniger gestielte Fibrome, die Schmerzen verursachen, sollen operativ in Angriff genommen werden, besonders auch darum, weil Ascites besteht, weil der Eingriff ein gut-

artiger ist und die Gefahren einer Stieltorsion und Bildung von Peritoneal-Adhærenzen aus dem Wege räumt.

Incarceration. Durch Einkeilung der Fibrome im kleinen Becken können Blasenstörungen (Ischurie, Dysurie, Retention) hervorgerufen werden, besonders dann, wenn die Geschwulstbildung vom Cervix ausgegangen ist; ein operativer Eingriff kann oft schnell nötig werden.

Weitere Momente, die eine Operation indizieren können sind: Kompression der nervösen Plexus des Beckens; Venenthrombosen der unteren Extremitäten und Entwicklung beträchtlicher Varicen; Vaginalprolaps.

Ist die *Albuminurie* durch Kompression der Uretheren hervorgerufen, dann soll operativ eingeschritten werden, ist selbe dagegen auf eine chronische Nierenentzündung zurückzuführen, dann ist ein radikales Vorgehen contraindiziert.

Volumen der Tumoren. Diese drängen manchmal das Zwerchfell in die Höhe und bringen so Störungen in Herz und Lunge hervor; in solchen Fällen kann das Volumen nie eine Contraindikation zum operativen Einschreiten abgeben.

Es können *Verwachsungen mit den Därmen* ebenfalls ein operatives Vorgehen rechtfertigen.

Herzstörungen dürften selten das Messer in die Hand drücken, weil dann der günstige Moment zur siegreichen Bekämpfung bereits längst hinter uns liegt.

Schmerzen der verschiedensten Provenienz können eine operative Indikation abgeben.

Fibröse Polypen, die sich im Cervicalkanal oder in der Vagina befinden, sollen exstirpiert werden; treten Recidive auf, so käme die Hysterectomie in Frage.

Die sarcomatöse Degeneration bildet eine absolute operative Indikation, ebenso das Carcinom.

Es können alle oben angeführten Indikationen fehlen und doch kann der Operateur sich entschliessen, operativ einzuschreiten, dann nämlich, wenn der Pat. aus irgend einem Grunde die Entfernung der Fibrome wünscht und wenn die Operation keine grosse Gefahr mit sich bringt.

Die Schwangerschaft und die Geburt können Komplikationen herbei führen, die eine Operation erheischen.

Diskussion:

(Ibid. pag. 612.)

Prof. Roux: ist im allgemeinen mit Murет einverstanden, doch will er für die *Castration* eine Lanze brechen, denn diese letztere Operation ist gegenüber der Hysterectomie eine Kleinigkeit. Auf jeden Fall hat er nach Castration oft ein Aufhören der Blutungen und auch eine Volumsverminderung der Myome beobachtet. Man soll nicht nur die Ovarien, sondern auch die Tuben und einen grösseren Bezirk des lig. lat. exstirpieren. Die Castration ist in denjenigen Fällen indiciert, in denen eine chirurgische Intervention nach bestem Gewissen verschoben werden kann.

Roux wurde oft von Frauen konsultiert, die eine *extreme Anæmie* aufwiesen; man muss darnach trachten, die Frauen dahin zu bringen, den Arzt um Rat zu fragen, bevor sich Herzaffektionen ausgebildet haben: *Fettherz; braune Atrophie.* Roux operiert Patientinnen, die viel geblutet, nie sofort, sondern sucht stets, diese zuerst zu stärken.

Betreffs der Myomotomie zitiert Roux eine Beobachtung eine schwangere Frau betreffend: *Myomotomie ohne Schwangerschafts-Unterbrechung;* eine zweite Schwangere wurde der *Castration* unterworfen, ebenfalls *ohne Schwangerschafts-Unterbrechung.* Besteht ein einziges, gut abtastbares Myom, so führt Roux die Myomectomie aus.

Prof. Rossier: freut sich, dass Roux die Castration in Schutz genommen; gewiss ist und bleibt die Myomectomie die Ideal-Operation. Wird der Uterus allein exstirpiert, so atrophieren die Ovarien gewöhnlich innert 3 Jahren. Zwingt das Myom nicht seines Volumens wegen zur totalen Exstirpation des Uterus, dann führt Rossier gerne die Castration aus, die betreffs der Blutungen beinahe 100 % Heilungen zeitigt und des weiteren 80 % Besserungen (Volumsverminderung).

Dr. Beuttner: Gegen die Castration lassen sich zwei Gründe anführen: 1. Die Myome wachsen ziemlich häufig noch nach der Menopause, wie dies Prof. Müller in Bern dargetan. 2. Es scheint nicht logisch gehandelt, gesunde Organe, die Ovarien, zu exstirpieren, um Krankhaftes, den Uterus mit Myomen, zurückzulassen.

Dr. König: Prof. Müller war ein überzeugter Anhänger der Castration, aber diese ist nicht immer leicht auszuführen und die Fibromyome wachsen ziemlich oft nach derselben. Muret hat als Contraindication der operativen Behandlung der Fibrome die Degeneration des Herzens genannt. König zieht die Aufmerksamkeit auf das häufige Vorkommen von Fibrom mit einer gewissen Herzdegeneration. Die daraus resultierenden Störungen stammen nicht von einer echten Myocarditis her, sondern scheinen an die Gegenwart von Myomen gebunden zu sein; denn sie nehmen mit der Volumszunahme der letztern ebenfalls zu; man versteht diesen Causalnexus, wenn man die Hypothese des vasculären und perivasculären Ursprunges der Fibrome berücksichtigt. Das Fibrom wäre darnach eine isolierte Manifestation einer vasculären oder perivasculären Erkrankung. Der Einfluss der Operation auf den Zustand des Herzens kann nicht geleugnet werden; in gewissen Fällen verschwinden mit der Abtragung des Tumors die Herzstörungen, die daher als eine Indication zur Operation betrachtet werden müssen.

Dr. Bastian: hat einen Fall von Prolapsus mit Myom nach der Menopause beobachtet; nach der Total-Exstirpation verschwanden die Herzstörungen, die vor der Operation bestanden hatten. Bastian verbreitet sich des weitern über die Frage der

« atrophierenden Ligatur », die er sowohl per vaginam als vom Abdomen her ausgeführt hat.

Prof. Roux : hat wenig Vertrauen in die atrophierende Ligatur; es bilden sich collaterale Blutbahnen. Die Herzstörungen, die die Uterusfibrome zu begleiten pflegen, können in zwei Gruppen untergebracht werden: Die erste Gruppe umfasst die Fälle von brauner Atrophie, zum erstenmal von den patholog. Anatomen beschrieben; die zweite Gruppe begreift die Fälle von Fettherz, herrührend von einer Veränderung der Blutmischung infolge der Blutungen. Das Fibromyom beeinflusst das Herz fast in gleicher Weise wie dies der Kropf tut; das Herz schlägt falsch; es geht zu viel Blut in die Geschwülste (Pseudoklappenfehler).

Was speziell die Castration anbelangt, so ist für Roux die Heilung der Kranken das Ausschlaggebende. Die Störungen der künstlichen Menopause verschwinden nach 6—12 Monaten nach ausgeführter Castration; es kann ein bescheidener Schmerbauch zurückbleiben. Roux führt die Castration gewöhnlich längere Zeit vor der physiologischen Menopause aus; er hat aber in einem Falle auch 20 Jahre nach dem Aufhören der Regeln operiert, wegen Zunahme des Volumens der Fibrome. Macht das Aufsuchen oder das Exstirpieren der Ovarien Schwierigkeiten, so wird ein anderes Operationsverfahren als die Castration eingeschlagen. Für grosse Tumoren kommt die Castration selten in Frage, indessen würde er sie jedesmal dann empfehlen, wenn man sich an eine grössere Operation nicht heranwagen will oder wenn der Zustand des Herzens einen grösseren Eingriff verbietet.

Prof. Rossier : Nehmen die Fibro-Myome nach der Menopause zu, so handelt es sich meistens um sarcomatöse Degeneration.

Dr. König : Eine sarcomatöse Degeneration zu diagnosticieren ist sehr schwierig. Die Störungen der Herzaktion bei den Pat. mit Fibromatose sind zweierlei Art, einmal verursacht durch das in die Geschwulst entweichende Blut (Roux), ein andermal unabhängig von event. Blutungen, auch bei Kranken auftretend, die nie oder nur wenig geblutet haben.

Prof. Muret : Hat man ein Fettherz oder ein Herz mit brauner Atrophie diagnosticiert, so ist es wohl besser, sich jeden operativen Eingriffes zu enthalten; bei dieser Sachlage könnte die Herzaffektion keine operative Indication abgeben. Die Castration begünstigt gewisse Komplikationen: Exsudat, Stenose des Collum infolge Atrophie des Uterus, Blutungen nach der künstlichen Menopause. Oft kommt man dabei nicht ins Reine, mit welcher Kategorie von Fibromyomen man es zu tun hat; besteht ein submucöses Fibrom, dann können die Blutungen fortdauern, trotz Castration; auch sind uns Fälle von cystischer Degeneration der Myome post castrationem bekannt; jedenfalls soll die Castration nur in Ausnahmefällen in Anwendung kommen.

Dr. Kummer : hat wegen Fibromyom einige Castrationen ausgeführt, macht aber meistens eine radikalere Operation.

Dr. Betrix : hat 21 mal wegen Fibromyom operiert; das macht $^1/_3$ der überhaupt beobachteten Fälle. Die operativen Indicationen waren meistens gegeben durch Blutungen, Kompression und rasches Wachstum der Tumoren. In vier Fällen waren die operativen Indicationen jedoch ganz spezieller Natur:

In den beiden ersten Fällen handelte es sich um wenig voluminöse Uteri, von kleinen Myomen durchsetzt, die ganz bedeutende Schmerzen verursachten; hier wurde wegen der Schmerzen operiert und zwar von der Vagina her.

In einem dritten Falle war die Indication in puerperalen Komplikationen gegeben (in Eiterung übergegangenes Fibrom). Es handelte sich um ein voluminöses Uterus-

myome; post partum Temperatursteigerung, weshalb die Kranke mit der Diagnose: Puerperale Infektion und Fibromyom in die Genfer Frauenklinik gesandt wurde. Man konstatierte einen Abdominaltumor, der den Nabel 2—3 Querfinger breit nach oben überragte. Lochien nicht übelriechend. Abend Temperatur zwischen 38,5 und 39. *Laparotomie und Total-Exstirpation nach Bumm.* Bei der makroskopischen Untersuchung des so gewonnenen Präparates konstatierte man folgende Läsionen : Die Mucosa ist verdickt und hyperæmisch; auf der hinteren Wand der Uterushöhle ein leichter Substanzverlust, der sehr wahrscheinlich der Placentarinsertion entsprach; an einer anderen Stelle bemerkt man einen weiteren Substanzverlust, dessen Grund eine braune Verfärbung zeigt. Im Myom selbst mehrere Höhlen mit Eiter angefüllt.

In einem vierten Fall endlich handelte es sich um eine 59 Jahre alte Frau, deren Menopause 5 Jahre zurücklag. Seit zwei Monaten hatte sich der Uterus wesentlich vergrössert, dann hatten zu gleicher Zeit heftige Schmerzen eingesetzt, ohne dass per vaginam irgend ein Ausfluss beobachtet worden wäre. Seit einigen Tagen variierte die Abend-Temperatur zwischen 38 und 38,5. Diagnose : Maligne Degeneration; bei der Operation konstatierte man eine Hæmatometra (ca. 2 Liter Blut enthaltend), sowie einen doppelseitigen Hæmatosalpinx, herrührend von einem fibrösen Polypen, der mandarinengross dem inneren M. m. aufsass und eine fettige Degeneration eingegangen war; dieser Polyp schloss den Cervicalkanal hermetisch ab.

Betrix demonstriert noch einen intrauterinen Polypen von Orangengrösse, den er bei einer Patientin entfernt, die von anderer Seite mit Elektrizität behandelt worden war

Dr. Beuttner: Es muss hier noch auf eine interessante Frage eingegangen werden : « Soll man bei der supravaginalen Hysterectomie die Ovarien entfernen oder konservieren (wenn es möglich) ? »

Prof. A. Reverdin : exstirpiert die Ovarien mit dem myomatösen Uterus.

Dr. Bourcart : Verfügt über zwei persönliche Beobachtungen, die diese Frage interessieren, einmal handelte es sich um eine totale, vaginale Hysterectomie, das cystische, rechte Ovarium wurde entfernt, während das linke Ovarium belassen wurde; in einem zweiten Falle, eine Hysterectomie betreffend, konnten beide Ovarien erhalten werden.

Dr. Beuttner : Es müssen hier zwei Fragen auseinander gehalten werden: 1. Soll man nach einer supravaginalen Hysterectomie die gesunden Ovarien mitentfernen? 2. Soll man nach einer totalen Hysterectomie die gesunden Ovarien mitentfernen?

Im ersten Falle kann, da noch mehr oder weniger Cervicalschleimhaut vorhanden ist, die Menstruation bis zu einem gewissen Grade erhalten bleiben; denn es existiert ein gewisser Zusammenhang zwischen den Ovarien und der gesamten Uterusschleimhaut. Im zweiten Falle hat es keinen Sinn, die Ovarien zu erhalten, denn diese atrophieren, wenn eine Uterusschleimhaut nicht mehr vorhanden ; des weitern könnten die unnötigerweise zurückgelassenen Ovarien später degenerieren. Man soll eventuell so viel Uterusschleimhaut zu konservieren suchen als immer angeht.

Prof. A. Reverdin : Man hat aber gerade geraten, die Cervicalschleimhaut mit dem Thermocauter zu zerstören.

Dr. Beuttner : Das ist richtig; man wollte damit die dort eventuell sich aufhaltenden Mikroorganismen zerstören, doch ist diese Praxis bereits gänzlich verlassen worden.

Prof. J. Reverdin : Sind die Beziehungen zwischen Ovarien und Uterusschleimhaut sowohl vom klinischen als experimentellen Standpunkt aus schon genügend aufgeklärt?

Dr. Beuttner*: Als Zweifel seine Methode der supravaginalen Hysterectomie schuf, hat er die Beziehungen zwischen Collum-Schleimhaut und Eierstöcken nicht ausser Acht gelassen. Ueber die Frage der Atrophie der Ovarien nach totaler Hysterectomie sind wir noch nicht im Klaren; indessen wollen Zweifel, Brennecke, Chroback und Segond diese Atrophie des Bestimmtesten nachgewiesen haben.

Dr. Bastian: führt die Uterusamputation auf der Höhe der Insertion der Scheidengewölbe aus; es bleibt nach diesem Verfahren natürlich sehr wenig Cervixschleimhaut zurück.

Dr. Kummer: erhält wenn immer möglich die Ovarien; er rät aber, die Tuben mitzuentfernen, da von dieser postoperative Infektionen ausgehen können; er konstatiert die Differenz, die zwischen Kranken bestehe, denen man die Keimdrüsen belassen oder exstirpiert hat.

Dr. Bourcart: Soll man gegen die Störungen der künstlichen Menopause Ovarin verschreiben?

Prof. Muret: Das Ovarin hat entschieden auf die Störungen der physiologischen Menopause einen grösseren Einfluss als auf diejenigen der künstlichen Menopause. Muret erhält, wenn möglich, ein Ovarium; war er gezwungen, beide Eierstöcke zu entfernen, so traten Ausfallserscheinungen auf. Die Atrophie der Ovarien nach totaler Exstirpation des Uterus ist nicht genügend erwiesen. Köberle hat nach supravaginaler Hysterectomie eine Extrauterinschwangerschaft zu beobachten Gelegenheit gehabt. In Fällen von kongenitalem Mangel des Uterus hat man gleichwohl konstatieren können, dass die Ovarien funktionierten.

Dr. Beuttner: hat einen hierhergehörigen Fall publiziert: Uterus rudimentarius, ohne Mucosa; bei der vorgenommenen Laparotomie konnten die Ovarien als normal und funktionierend nachgewiesen werden.

Prof. Muret: Warum wurde die Laparotomie ausgeführt?

Dr. Beuttner: Weil die Ovarien periodisch heftige Schmerzen verursachten.

Prof. Muret: Also funktionierten die Ovarien, trotzdem eine Uterusmucosa fehlte.

Dr. Beuttner: Man muss zwischen den Ovarien unterscheiden, die während Jahren mit einer Uterusschleimhaut in Verbindung standen und denen, die dem letztern Einfluss nie unterworfen waren.

* *Anmerkung des Herausgebers:* Es sind während des Jahres 1904 zwei wichtige Arbeiten erschienen, die die Frage des Verhaltens der Ovarien nach Entfernung des Uterus eingehend behandeln:

Mandel und Bürger (*Schauta*'sche Klinik, Wien): « Die biologische Bedeutung der Eierstöcke nach Entfernung der Gebärmutter ». Siehe diesen Jahrgang: « Ausländische Litteratur » und

Keitler (*Chroback*'sche Klinik): « Ueber das anatomische und funktionelle Verhalten der belassenen Ovarien nach Exstirpation des Uterus ». Monatsschrift für Geburtsh. und Gyn. Bd. XX, Ergänzungsheft, p. 686.

Demonstrationen.

(Ibid. pag. 617.)

Prof. A. Reverdin demonstriert einen *Uterus,* der *die drei verschiedenen Formen von Fibromen* aufweist; daneben befand sich noch eine *Ovarialcyste,* die 26 Liter Flüssigkeit enthielt.

Dr. König zeigt einen *fibromatösen Uterus mit Vaginal-Prolaps.* Vaginale Exstirpation.

Dr. Huguenin (Gast) hat bei der Autopsie einer 66jährigen Frau ein interessantes Präparat gewonnen, das er vorzeigt: Auf der hinteren Uteruswand befindet sich ein grosses, cystisches Fibrom, das 2 Liter Eiter einschloss: daneben besteht eine Perforation des Douglas und des Rectum; Adhærenzen mit den Därmen. Ein Jahr vor dem Exitus war eine Probelaparotomie ausgeführt worden.

Dr. Beuttner demonstriert 4 anatomische Präparate, die er nach dem Verfahren von *Pick* an der *Landau*'schen Klinik in Berlin konserviert hat: einen Hydrosalpinx, eine Extrauteringravidität, eine Ovarialcyste und einen intrauterinen Polypen.

Doc. Dr. R. König, Genf*.

Die künstliche Dilatation des Cervicalkanales in der Geburtshülfe.
La dilatation artificielle du col en obstétrique.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, Nr. 9, pag. 595, 1904.)

König teilt die verschiedenen Methoden der Dilatation in 3 Gruppen:

I. *Langsame Dilatation.* Krause'sche Methode, Laminaria, Hegar'sche und Fritsch'sche Dilatatoren; Tamponade des Cervicalkanales; Einführen eines Ballon.

II. *Relativ schnelle Dilatation.* In den ersten Schwangerschaftsmonaten kommen auch hier die Laminaria-Stifte und die Hegar'schen Dilatatoren in Frage; in einer späteren Periode werden eher die verschiedenen Metreurynter im Anwendung gezogen.

* Siehe *diesen Jahrgang* unter « Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften », p. 191: *Dr. v. Fellenberg:* « Die rapide Dilatation der Cervix uteri nach *Bossi* ».

III. *Sehr schnelle Dilatation.*

A. Applikation des Ballon von Champetier de Ribes mit Traktion. Die damit erreichte Dilatation ist zirka 6 cm., sie genügt um einen zertrümmerten Schädel durchzulassen, nicht aber einen intakten.

B. Manuelle Dilatation, einhändige und zweihändige Dilatation; Verfahren von Bonnaire.

C. Dilatation vermittelst metallener Dilatatoren. Es ist das Verdienst von Bossi die instrumentelle Dilatation wieder in die Geburtshülfe eingeführt zu haben. *Leopold* hat dann im Jahre 1902 eine kräftige Lanze für das *Bossi*'sche Verfahren in Deutschland gebrochen. In der Schweiz ist es namentlich de *Seigneux* (Genf), der sich der neuen Methode warm angenommen.

König teilt 6 hierhergehörige Fälle der Jentzer'schen Klinik mit:

Fall 1. (Gynæc. Helv. IV. pag. 32.) Erstgeschwängerte; Cervicalkanal erhalten, für einen Finger durchgängig. Komplete Dilatation wegen Eklampsie in 40 Minuten. Zange. Kind lebend. Mehrere Einrisse der Cervix; Naht. Keine Blutung.

Fall 2. Erstgeschwängerte. Eklampsie. Cervicalkanal wie in Fall 1. In 20 Minuten Dilatation von 6 cm. Cervixriss genäht. Wochenbett normal.

Fall 3. Erstgeschwängerte. Eklampsie. Cervicalkanal lang und vollständig geschlossen. In 30 Minuten Dilatation von 6 cm. Perforation; unbedeutender Cervixriss.

Fall 4. Erstgeschwängerte. Eklampsie. Cervix fast verstrichen; äusserer M.m. geschlossen; in 20 Minuten Dilatation von 9 cm. Zange, lebendes Kind, das nach einigen Stunden an Gehirnblutung verstarb. Fieber im Wochenbett.

Fall 5. Drittgeschwängerte. Eklampsie. Cervicalkanal erhalten, für 2 Finger durchgängig. In 10 Minuten Dilatation von 8 cm. Zange, hintere Ohrlage, enorme Placenta, Perforation; kein Cervixriss.

Fall 6. Erstgeschwängerte. Provocierter Abort im 5ten Monat. Dilatation des sehr rigiden Collum in 30 Minuten. Mannuelle Extraktion; nicht bedeutender Einriss.

Zweimal nur wurde die Dilatation so weit geführt, dass ein intakter Fœtus extrahiert werden konnte. Man dilatiert sehr leicht bis auf 6—7 cm., aber wenn man weiter geht, dann drohen Einrisse.
König ist der Ansicht, dass die instrumentelle Dilatation dann absolut kontraindiciert ist, wenn der Cervicalkanal in seiner ganzen Länge er-

halten ist; da ist es nach der Empfehlung von Bumm besser, die vordere, mediale, vaginale Hysterotomie auszuführen. Man soll das Bossi'sche Instrument durch einen nicht vollständig verstrichenen Halsteil nur dann applicieren, wenn das kindliche Leben keine Rolle mehr spielt; der Halsteil muss aber ordentlich aufgeweicht sein. Bei provoziertem Abortus kann der Bossi'sche Dilatator eventuell in Anwendung kommen und zwar bei Erstgeschwängerten.

Was die Modifikationen anbetrifft, die de Seigneux dem Bossi'schen Instrument hat zu teil werden lassen, so bezeichnen diese einen grossen Fortschritt; aber damit ist das gefährliche Prinzip der Methode nicht aus der Welt geschafft.

Bei Placenta prævia ist die instrumentelle Dilatation zu verwerfen.

Nach König wird der modifizierte Bossi'sche Dilatator im Instrumentarium der Klinik und des Spezialisten einen ehrbaren Platz einnehmen, sich nicht aber in der Geburtstasche des Praktikers finden; sehr oft wird man dessen Applikation umgehen können. Ist das Collum verstrichen oder wenig resistent, so wird man mit Vorteil einen Ballon von Champetier einführen, oder die uni-manuelle Dilatation versuchen. Ist das Collum nicht oder nur wenig verkürzt, so wird man die vordere, vaginale Hysterotomie ausführen.

Diskussion:

(Ibid. pag. 781 und folgende.)

Prof. Rossier: empfiehlt die digitale Dilatation, die ihm gute Resultate gegeben hat; zuerst führt er einen einzigen Finger ein, der nach ca. 10 Minuten gewöhnlich den inneren Muttermund passiert. Hierauf folgt eine Tamponade mit steriler Gaze, indem zugleich die Eihäute etwas abgedrängt werden. Rossier findet, dass de Seigneux die Indikation für die Anwendung seines Dilatators zu weit ausgedehnt hat; er ist vollständig mit der an der Genfer Frauenklinik betriebenen Praxis einverstanden.

Prof. Muret: zeigt das de Seigneux'sche Instrument vor und berichtet über einen Fall, in welchem dieses vorzügliche Dienste geleistet hat. Es handelte sich um eine 42-jährige Primipara; Mittags war das Collum verstrichen, der äussere M. m. aber kaum durchgängig und etwas verdickt; bis Mitternacht war keine Veränderung im Status aufgetreten; äusserer M. m. rigid; 1 Uhr Nachts wird der de Seigneux'sche Dilatator appliziert; der äussere M. m. dilatiert sich, ohne einzureissen, bis auf Fünffrankenstück-Grösse; es werden die Blätter N° II entfernt und stärkere eingeführt; ziemlich starke Wehen. Der Kopf befindet sich in der oberen Hälfte der Excavation. Der Dilatator wird entfernt und der Kopf wird gegen 3 Uhr Morgens fixiert; die Wehen werden spärlicher, der Kopf bleibt hoch stehen; Herztöne variieren; zwischen 7 und 8 Uhr Morgens wird die Zange appliziert. Lebendes Kind, kein Cervixriss. So hat der de Seigneux'sche Dilatator eine gewisse Dilatation einer alten Primiparen gestattet.

Was die Indikationen zur künstlichen Dilatation anbelangt, so sind selbe nicht zahlreich; in Fällen von Eklampsie lässt sich das Collum gewöhnlich leicht manuel dilatieren; in den Fällen von spasmodischer Verengerung des Cervicalkanales gibt man mit grossem Vorteil Narcotica. DE SEIGNEUX empfiehlt die Applikation seines Dilatators nur dann, wenn das Collum verstrichen ist; wir empfinden aber ein wirkliches Bedürfnis nach einer Dilatations-Methode, wenn das Collum noch erhalten ist.

Dr. KÖNIG: ist mit Prof. ROSSIER vollständig einverstanden; auch er kann den DE SEIGNEUX'schen Dilatator dem prakt. Arzte nicht empfehlen. Der « fromme Wunsch » von DE SEIGNEUX, bei einer normalen Geburt die Eröffnungsperiode abzukürzen, ist gefährlich.

Prof. JENTZER: hat nur Erfahrung betreffs des BOSSI'schen Instrumentes, dessen Applikation gefährlich und wenig wissenschaftlich ist. Er kann ebenso wenig wie Prof. ROSSIER den « frommen Wunsch » von DE SEIGNEUX acceptieren. Dieser letztere hat seinen Dilatator an schwangeren Frauen der St. Galler Entbindungsanstalt ohne genügende Indikationen appliziert. — Man muss diejenigen Fälle, bei denen das Collum noch besteht, von denjenigen scheiden, bei denen es nicht mehr besteht. Die Rigidität des Halsteiles bekämpft JENTZER vermittelst warmer Scheidenspühlungen, die gute Resultate geben; einigemale hat er auch Cervixincisionen gemacht. Sein früherer Lehrer Breisky habe sich immer gegen das « Accouchement forcé » feindlich verhalten. In der JENTZER'schen Klinik soll in Zukunft der BOSSI'sche Dilatator selten in Anwendung kommen oder eventuell ganz fallen gelassen werden. Besteht Eklampsie und ist der Cervicalkanal nicht dilatiert, so käme für JENTZER die Section cæsarea in Frage, denn im Gegensatz zu MURET hat er konstatieren können, dass das Collum bei eklamptischen Frauen oft rigide ist.

Dr. CORDÈS: erwähnt den Ecarteur von TARNIER, der gute Dienste leistet; er selbst hat sich einigemale des kleinen Forceps von BARNES bedient, um eine genügende Dilatation bei schon verstrichenem Halsteile herbeizuführen.

Dr. BEUTTNER: bespricht einen eigenen Fall von Dilatation mit dem BOSSI'schen Instrument; es handelte sich um eine Zweitgebärende mit allgemein verengtem Becken. Künstliche Frühgeburt. Vaginalportio verkürzt. M. m. so weit dilatiert, dass bequem der Dilatator eingeführt werden konnte. Während der Dilatation wurde der Puls frequent, ohne dass irgendwelche Blutung auftrat, als aber das Instrument entfernt wurde, da trat eine venöse Blutung auf. Trotz einer Dilatation eines Fünffrankenstückes ging die Geburt nicht weiter und musste mit Ballon interveniert werden.

Dr. BASTIAN und Dr. BOURCART: sprechen über die Wendung mit nachfolgender Extraktion als Dilatationsmittel.

Prof. JENTZER: kann nicht zugeben, dass man eine Dilatation vermittelst der Extraktion des Fœtus erstrebe; denn in solchen Fällen zieht sich das Collum über dem Halse des Fœtus zusammen und erschwert die Extraktion. Eines Tages wurde er von einem Kollegen zu einer starken post partum-Blutung gerufen, da bei nicht genügend erweitertem Collum die Extraktion ausgeführt worden war. In den Fällen von placenta prævia kann man die Extraktion der Wendung nicht immer folgen lassen; man wird dabei oft in die Lage kommen, das Kind opfern zu müssen, um das mütterliche Leben erhalten zu können.

Dr. CORDÈS: ist der Ansicht, dass es bei Eklamptischen stets gefährlich ist, instrumentelle Dilatation zu bewirken.

Prof. A. REVERDIN: wurde eines Tages von einem Kollegen wegen sehr starker Blutung am Schwangerschaftsende gerufen; das Collum war noch erhalten; es han-

delte sich um Placenta prævia; der Kollege wollte tamponieren, REVERDIN aber dilatierte manuell den Halsteil bis dass es ihm möglich wurde, Wendung und Extraktion zu machen. Lebendes Kind.

Prof. MURET et Prof. JENTZER. sind darüber einig, dass bei Eklampsie die instrumentelle Dilatation den Allgemeinzustand verschlechtern kann.

Prof. ROSSIER: ist der Ansicht, dass die Anwendung von mechanisch wirkenden Dilatatoren (BOSSI, DE SEIGNEUX) sehr selten gerechtfertigt ist; er empfiehlt ganz besonders warme Scheideninjektionen (bis zu 40 Litern), um die Dilatation zu erleichtern; seine diesbezüglichen Resultate sind vorzügliche. Er erwähnt einen instruktiven Fall: Eine ältere Multipara war während 3 Tagen und 3 Nächten unter der Geburt; Kopf beweglich; Dilatation von der Grösse eines Zweifrankenstückes, nach einer Vaginal-Injektion von 40 Liter warmen Wassers, die ca. 30 Minuten in Anspruch nahm, schritt die Geburt rasch vorwärts und war in ca. 10 Minuten beendet. ROSSIER ist kein Anhänger der Cervixincisionen.

Prof. JENTZER: Die Cervixincisionen haben an der BRESKY'schen Klinik in Bern gute Resultate ergeben.

Prof. MURET: Wenn das Collum noch dick und resistent ist, dann haben die Incisionen keine grosse Wirkung; ist der Halsteil verstrichen, dann sind die Incisionen wirksam und ohne Gefahren, aber sie sind schwierig auszuführen; am leichtesten sind sie dann, wenn der kindliche Schädel gegen den Halsteil drängt; das beste Dilatationsmittel aber bleibt immer der Ballon und der vorliegende Kindesteil.

Aus den Verhandlungen
des IV. internationalen periodischen Gynkækologen-Kongresses in Rom
September 1902.

(Typographie von Joseph Bencini, Florenz-Rom, 1904).

Doc. Dr. BETRIX, Genf:

Zur Frage der weiblichen Genitaltuberkulose.

(pag. 373 und folgd.)

Diskussion:

In der Mehrzahl der Fälle von Genitaltuberkulose ist die Grundursache der Erkrankung schwer zu erkennen; denn weder die hereditäre Belastung, noch die klinischen Symptome, noch die lokalen Veränderungen genügen, um diese schwierige und interessante Frage zu lösen. Sind die inneren Geschlechtsorgane allein von der Krankheit befallen oder exis-

tieren andere alte und frische Herde der Tuberkulose? So stellt sich oft die Frage, von deren Beantwortung der Erfolg unserer Intervention abhängt und der sehr selten eine positive Antwort wird.

Amann hat bereits dieser Schwierigkeiten gedacht, Schwierigkeiten, die weder durch eine aufmerksame klinische Beobachtung, noch durch Feststellungen im Verlaufe einer Operation überwunden werden können, sondern nur durch eingehendes Studium von zur Autopsie gekommenen Fällen. Einen dieser unglücklichen Fälle möchte ich Hier ausführlicher besprechen, da er interessant und lehrreich ist:

Es handelt sich um eine 21 jährige Virgo, die ich am 4. September 1901 in der Genfer Frauenklinik operiert habe.

Diese junge Patientin, verdächtig auf Tuberkulose, war mit 17 Jahren menstruiert, immer ziemlich regelmässig; bis Mitte dieses Jahres waren die Regeln wenig schmerzhaft und wenig stark und die Pat. hatte beinahe nie über Abdominalschmerzen geklagt. Vor 3 Monaten, zur Zeit der Menstruation, starker Blutverlust während 3 Tagen und leichter Blutabgang, intermittierend, während 2—3 Wochen. Von diesem Zeitpunkt an mehr oder weniger konstante und intensive Schmerzen im Unterleibe, besonders rechts. Nach den Regeln gelblicher, ziemlich reichlicher Ausfluss. Die rechte Beckengegend ist ein wenig vorgetrieben, auf Druck sehr schmerzhaft. Blasse Gesichtsfarbe; schlechter Allgemein-Zustand. Der Uterus ist klein, infantil; rechte Adnexe deutlich abzutasten.

Temperatur abends oft zwischen 38°—38,2°. *Die Diagnose* lautete auf Tuberkulose der rechtsseitigen Adnexe oder auf Perityphlitis.

Am 4. Sept. 1901. Laparotomie. Median-Incision von 8 cm. Länge; nach Eröffnung des Bauchfelles stösst man auf solide Adhærenzen, die den Dünndarm, das Epiploon, das Colon und den Uterus verbinden und die rechten Adnexe vollständig verdecken. Mit vieler Mühe und Arbeit gelingt es, die Adhærenzen bei Seite zu schieben und die rechte Tube zu erreichen, die hypertrophiert, verdickt und leicht zerreisslich ist und die mit den Nachbarorganen verwachsen ist Beim Versuch, die Tube zu befreien, entstand im inneren Drittel eine Perforation, durch welche eine kleine Menge gelblicher, dicker, caseiformer Flüssigkeit sich entleerte. Der uterine Abschnitt der Tube wird entfernt und die periphere Partie nach dem Douglas zu verfolgt, wo das abdominale Ende dem Rectum adhærent ist; nach Ligatur des lig. lat. und der Arteria ovarica gelingt es schliesslich, den Eileiter zu entfernen. Die linken Adnexe scheinen

ohne Besonderheiten. Uterus infantil; der proc. vermif. ist normal, aber in der rechten Fossa iliaca adhærent. Keine Perityphlitis. Das Colon und das Beckenperitoneum weisen einige weisslische Knötchen auf, die an Tuberkel erinnern.

Während der 4 ersten Tage post operationem geht Alles seinen normalen Gang, dann aber treten die Symptome einer allgemeinen Peritonitis auf, der die Pat. nach 48 Stunden erliegt.

Die im pathologisch-anatomischen Institut ausgeführte Autopsie zeigt folgende Verhältnisse:

Die Allgemeine-Peritonitis stammt von einer Perforation der vorderen, oberen Rektumwand. Diese Perforation befindet sich auf der Höhe einer tiefen Ulceration der Rektal-Schleimhaut; dicht daneben besteht eine zweite Ulceration, die sich bis zur Serosa erstreckt, ohne indess diese zu perforieren; im Cœcum eine dritte ähnliche Ulceration, ebenfalls tuberkulöser Natur. Diesen Ulcerationen entsprechen auf der äusseren Rektal-Wand Adhærenzen, die bei der Operation zerstört worden waren. Käsige, tuberkulöse Herde im Epiploon und auf dem Serosa-Ueberzug der Leber. Verkäsung und Vereiterung der peribronchialen Ganglien. Trübe Schwellung der Leber. Lungen ohne Besonderheiten.

Diese Beobachtung ist in verschiedener Hinsicht interessant; erstens deshalb, weil im Rektum und Cœcum tuberkulöse Ulcerationen bestanden, die am Lebenden nicht erkannt worden waren und die ohne die Autopsie wohl nie diagnostiziert worden wären. Die Peritonitis, die am Abend des vierten Tages nach der Operation ihren Anfang nahm und der die Operierte erlag, ist auf eine Perforation der Rektal-Wand zurückzuführen, die durch die Zerstörung der Adhærenzen des kranken Eileiters im Niveau der Ulcerationen noch mehr geschwächt worden war.

Ein zweiter interessanter Punkt ist die Konstatierung tuberkulöser Herde in den peribronchialen Ganglien, im Epiploon und auf der Leber. Es ist sehr wahrscheinlich, dass der primäre tuberkulöse Herd in den bronchialen Ganglien sass und dass sich die Krankheit von hier auf hæmatogenem Wege nach der Leber, dem Epiploon und dem Becken, spez. nach dem Eileiter, verbreitet hat.

Es ist einleuchtend, dass, wenn die Pat. nicht erlägen wäre, man die tuberkulösen Affektionen übersehen und somit eine primäre Tuberkulose der Genitalien diagnostiziert hätte.

Dr. Gelpke, Liestal:

Der Murphy-Knopf in der Chirurgie der Baucheingeweide.

(Ibid.. pag. 945 und folgd.)

Ein Kapitel der Chirurgie im engern Sinne dürfte die Anwendung des Murphy-Knopfes dennoch auch für den Gynækologen von einem gewissen Interesse sein, da derselbe sich nicht selten z. B. bei schwierigen Exstirpationen plötzlich vor die Aufgabe gestellt sieht, eine Darmnaht, event. eine Darmresektion auszuführen. Für solche Fälle ist der Murphy-Knopf ein kostbares Gut; denn seine Anwendung ist leichter als die Darmnaht und im Bereiche des Dünndarms nicht weniger sicher als die Naht.

Gelpke hat den *Murphy*-Knopf in 36 Fällen angewendet und sind seine Erfahrungen, die auf 6 Jahre zurückgehen, die folgenden:

1. Besonders gut eignet sich der Knopf bei Pylorusresektion zur Einführung des Duodenums in die hintere Magenwand nach Kocher. Liegenbleiben des Knopfes im Magen wurde hierbei nie beobachtet.

2. Darmresektionen, z. B. bei gangrænösen Hernien, Ileus und Carcinomen lassen sich mit dem Knopf leichter, rascher und ebenso sicher ausführen als mit der *Czerny-Lembert*'schen Naht.

3. Ungeeignet ist der Knopf bei der Gastroenterostomie, wegen der Möglichkeit des Liegenbleibens im Magen, besonders bei vorderer Gastroenterostomie.

4. Ebensowenig zu empfehlen ist der Knopf bei Resektionen des Dickdarmes und zwar wegen der Gefahr der Kotstauung.

5. In einem Falle von Resektion des Blinddarmes wegen Carcinom wurde mittels Knopf das Ileum in das Colon transversum eingepflanzt und zwar mit gutem Erfolg. End-Seitenanastamose.

6. Der Knopf ging durchschnittlich zwischen dem 10. und 30. Tag per vias naturales ab, jedoch wurde ein Verweilen bis zu mehreren Monaten öfters beobachtet, ohne dass dadurch die Patientin irgendwie belästigt worden wäre.

7. Perforationen am Rande der angelegten Fistel wurden bei der Knopfmethode nicht häufiger beobachtet, als bei der Naht; es betraf dies in der Regel Fälle von hochgradigem Marasmus und daherigem Ausbleiben rascher und solider Verklebungen.

8. Das Anlegen einer Fistel mittels Knopf nahm durchschnittlich

12—15 Minuten in Anspruch. Ist die Methode auch leichter, so ist doch eine vorherige Einübung an der Leiche unumgänglich notwendig, ebenso kommt viel auf ein gut gearbeitetes Fabrikat an, mit langem Hals, guter Feder etc.

Bis daher etwas Besseres erfunden ist, dürfte die zweifellos geniale Erfindung des Chicagoer Chirurgen gerade den Frauenärzten mit gutem Gewissen zu empfehlen sein.

Medizinische Gesellschaft Basel.

Prof. Hildebrand:

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 3, pag. 95, 1904).

Definitiver künstlicher After, der angelegt wurde wegen einer schweren tuberkulösen Rektalerkrankung. Operation nach dem seit Jahren vom Vortragenden geübten Verfahren: Vereinigung der Bauchwunde zwischen dem auf- und dem absteigenden Darmschenkel, so, dass bei der Heilung zwischen beiden Oeffnungen eine Haut-Muskelbrücke sich befindet. Ein solcher künstlicher After ist vollständig kontinent. Die vorgestellte 17jährige Patientien hat täglich eine durch Irrigation des zentralen Schenkels erzeugte Entleerung und ist die übrige Zeit frei.

Darmverletzung bei Uterusperforation. Präparat. Der Darm war rohrförmig aus seiner Serosa herausgeschält worden.

Dr. Gelpke:

Galvanokaustische Uterussonde.

(Ibid., pag. 568.)

Demonstration einer galvanokaustischen Uterussonde als Ersatz der kaustischen Apparate nach *Pinkus* und Andern; als Ersatz ferner des Thermokauters und teilweise der Curette, bei septischen Zuständen und bei Blutungen, besonders klimakterischen. Es handelt sich nicht sowohl um eine neue Erfindung, als vielmehr um eine Modifikation der bekannten Galvanokauter zur Applikation an die Schleimhaut der Gebär-

mutter. Anwendung: Die Sonde wird kalt eingeführt, für gewöhnlich ohne vorherige Erweiterung des M.m.; Schmerzen unbedeutend, nachherige Bettruhe in der Regel nicht nötig. Versuche an Leichenteilen haben ergeben, dass die Verschorfung nur eine oberflächliche ist, die Sterilisierung dagegen eine vollständige.

Kaiserschnitt und Symphyseotomie.

(Ibid.)

Vorstellung zweier Frauen mit allgemein verengten Becken (Erstgebärende); bei der einen wurde der Kaiserschnitt, bei der andern, weil schon intensive Zangenversuche den Kopf fest in's Becken hereingezogen hatten, die Symphyseotomie gemacht; die letztere Pat. heilte erst nach mehrwöchentlicher Eiterung; jetzt ist das Becken wieder fest, der Gang normal; beide Kinder leben.

Diskussion :

Prof. v. Herff: erweist sich als Anhänger der Symphyseotomie. Sie ist eine Konkurrenzoperation des konservativen Kaiserschnittes, ist einfacher und weniger gefährlich als letzterer. Die Naht der Symphyse ist nicht notwendig. Wie bei Beckenfrakturen genügen Heftpflasterverbände. Die Pubeotomie nach Dœderlein ist der klassischen Symphyseotomie vorzuziehen.

v. Herff ist gegen die Kauterisation des Endometriums mit einem Brenner. Es entstehen Narben, Strukturen, Retentionen, die in gewissen Fällen zur Totalexstirpation des Uterus führen können.

Dr. E. Wormser, Basel :

Ueber die Verwendung von Adrenalin-Kokain * in der Geburtshülfe und Gynækologie.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, Nr. 23, pag. 753, 1904.)

Die Art und Weise der Wirkung der Mischung ist eine doppelte; sie setzt sich naturgemäss aus den beiden Komponenten zusammen: *Anasthesie* als Effekt des *Kokains* und *Gefässverengerung* bis zur mehr oder

* Im *Zentralblatt f. Gyn.*, N° 48, 1904, schlägt *Prof. H. Freund* vor, das *Kokain* durch das *Eukain B* zu ersetzen, weil letzteres weniger toxisch wirkt und billiger ist.

weniger vollständigen Unterbrechung der Zirkulation als Effekt des *Adrenalins.*

Zur technischen Seite der Frage. Apotheker Dr. Bloch in Basel hat die Mischung kunstgerecht hergestellt und in sterilem Zustand in zugeschmolzenen Glasphiolen in den Handel gebracht. — Die Einspritzung macht Wormser stets mit der *Hackenbruch*'schen Spritze, deren winklig angesetzte, mit Bajonettverschluss zuverlässig festsitzende Kanüle die Arbeit in der Tiefe und an wenig zugänglichen Stellen sehr erleichtert. Bezüglich der Dosierung ist zu bemerken, dass nach Braun auf 100 cm^3 einer 0,1 % Kokainlösung 2—5 Tropfen der Lösung Adrenalin 1 : 1000 zu geben sind.

Indikationen auf geburtshülflichem Gebiete.

Es ist nur die *Vereinigung von Dammrissen* zu erwähnen. Wormser verfügt über 9 Fälle: Die Lokalanästhesie hat den eminenten Vorteil, dass die Dammnaht viel ruhiger und infolgedessen auch exakter ausgeführt werden kann, als wir dies bisher gewohnt waren; ferner ist die Naht dadurch wesentlich erleichtert, dass die Wunde fast gar nicht blutet.

Die Technik der Injektion ist einfach. Wormser sticht an der einen Kommissur, dicht am Wundrand, aber innerhalb der Wunde, zirka 1/4 bis 1/2 cm. tief ein und erzeugt durch Aufpressen auf den Spritzenstempel eine Quaddel; nun wird die Nadel unter fortwährendem Ausspritzen von Flüssigkeit, an der Dammseite der Wunde nach hinten, resp. unten (Richtung gegen den Anus) geführt, bis die ganze Fläche infiltriert ist, dann wird die Nadel bis fast zur Spitze herausgezogen und nun in der Richtung des Scheidenwundrandes vorgeschoben, bis auch dieser vollkommen infiltriert ist. Nun wird die Spritze ganz herausgezogen und auf der anderen Seite in ähnlicher Weise wieder eingestochen. — Beim Einstechen wie beim Vorschieben der Nadel muss man darauf achten, der Wundfläche nicht zu nahe zu kommen, da sonst die injizierte Flüssigkeit aus den zerrissenen Gewebsspalten einfach wieder abläuft. Die Anæsthesie dauert einige Stunden. Die Heilung erfolgt stets per primam.

Indikationen auf gynækologischem Gebiete.

Da ist vor allem das grosse Gebiet der *Scheiden- und Dammoperationen* zu nennen. Die Adrenalindosis darf nicht zu gross genommen werden, weil sonst nicht nur die parenchymatöse Blutung, sondern auch diejenige aus kleinen Arterien zum Stehen gebracht wird (Braun), und so Nachblutungen auftreten können.

Weiter kämen in Betracht: *Chirurgische Eingriffe an den äusseren Genitalien. Wormser* spaltete unter Adrenalin-Kokain-Anæsthesie einen etwas derben Hymen und machte die Exstirpation eines Atheromes und eines Molluscum contagiosum.

Von besonderem Vorteil erweist sich das Adrenalin-Kokain (CRAMER, Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 34, 1903) bei der *Entfernung leicht blutender Karunkeln der Harnröhre,* sowie bei Telangiektasien am Introitus vaginae. WORMSER hat ein grosses Geschwür der Portio vaginalis unter Betupfen mit der Mischung absolut schmerzlos thermokauterisiert, auch bei der *Curettage* ist das *Adrenalin allein* schon öfters empfohlen worden.

Rückenmarksanæsthesie.

Nachdem *Bier* über eine grosse Zahl chirurgischer Rückenmarksnarkosen berichtet hatte, ist die Methode von MARTIN auch für gynækologische und geburtshülfliche Zwecke versucht worden. Prof. BUMM hatte die ersten Versuche über die Kokainisierung des Rückenmarkes bei Gebärenden der Basler Frauenklinik angestellt, Versuche über welche KREIS * berichtete.

Diskussion :

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, Nr. 24, pag. 801, 1904.)

Prof. v. HERFF : Die Adrenalinkokain-Anæsthesie ist gewiss sehr gut, aber eine ideale Methode ist sie noch lange nicht. So erlebte ich jüngst, dass nach der Operation eines sehr kleinen kompleten Dammrisses unter vaginöser Adrenalinkokain-Anæsthesie mehrere Stunden später qualvolles langdauerndes Erbrechen mit Schwindel, Blässe des Gesichtes und Schwächezuständen eintrat; späterhin etablierte sich eine Randnekrose, die die Heilung verhinderte. Herr Kollege WORMSER hat die BLOCHsche Mischung empfohlen (Adrenalin 0,0001; Kokain 0,02 in 50 gr. 0,9 % Kochsalzlösung); sie ist für den Krankenhausdienst sehr bequem, aber nicht für die Allgemeinpraxis. Des weiteren kann ich nur dringend davor warnen, diese Adrenalinkokainlösung unverdünnt zu benützen.

v. HERFF hat in letzter Zeit ein leichteres Adrenalinpräparat in Anwendung gezogen — Adrenalinum und Suprarenium —; davon hat er sich Pastillen herstellen lassen nach der Formel II der SCHLEICH'schen Lösungen : Suprarenin. boric. 0,00065, Cocain muriatic. 0,05, Natr. chlorat 0,45. Man braucht dann nur eine solche Pastille in 50 ccm. zuvor gekochtes oder erst nachher zu kochendes Wasser zu lösen.

Die Infiltration der Haut hat v. HERFF verlassen und sich der regionären Anæsthesie nach HACKENBRUCH, dessen Spritze er mit Vorliebe gebraucht, zugewandt.

* Siehe *Gyn. Helvet.* I, p. 39 : *Dr. O. Kreis :* « Ueber Medullarnarkose bei Gebärenden ».



« *Auf gynækologischem Gebiete* habe ich die Lokalanæsthesie nur bei plastischen und andern Operationen am Damm und der Scheide benützt, sowie bei Eröffnung von Brustdrüsenabscessen u.s.w. Dennoch beklagten sich einige besonders ängstliche Frauen über Schmerzen und waren sehr unruhig. Erfahrungen über Lokalanæsthesie bei grösseren Operationen, insbesondere bei Bauchoperationen, besitze ich nicht.

In der Geburtshilfe habe ich seit etwa 1 ½ Jahren, wesentlich im Interesse der Herren Kollegen, sehr viele Dammrisse unter Lokalanæsthesie nähen lassen, anfangs mit Anæsthesin entsprechend den Empfehlungen von Dr. Chassot, später mit Kokain und seit einem Jahr mit Adrenalinkokain.

Lumbalanæsthesie habe ich bislang nicht angewendet. »

v. Herff betont ferner, dass bei einer eventuellen Suggestionsnarkose einige 3—4 Tropfen Chloroform (auch Aether) vollständig ungefährlich seien.

Prof. Gœnner: unterstützt v. Herff in seiner Warnung; auch er sah mit Kokain Vergiftungserscheinungen.

Dr. P. Vonder Mühll: erhebt sich gegen das Prinzip der Suggestionsnarkosen, auch wenn sie mit noch so kleinen Mengen Chloroform gemacht werden. Die unvermeidlichen Chloroformtodesfälle ereignen sich im Beginne der Narkose nach den ersten Tropfen.

Dr. R. Stæhelin: hat ein theoretisches Bedenken. Adrenalin verursacht eine Blutdrucksteigerung. Es sind darum Embolien zu befürchten. Bei Arterioskierose ist jedenfalls Vorsicht geboten.

Dr. E. Hagenbach: verwendet in der chirurgischen Poliklinik täglich Adrenalinkokain nach der Braun'schen Vorschrift und hat damit noch nie etwas ungünstiges gesehen.

Dr. E Wormser: (Selbstbericht.) Was zunächst die von Prof. v. Herff geübte *Verdünnung* des Bloch'schen Gemisches mit physiologischer Kochsalzlösung betrifft, so wäre dies allerdings eine Komplikation für den Praktiker; sie ist jedoch meines Erachtens nicht nötig. In jedem Fläschchen sind 0,01 resp. 0,02 Kokain und 0,001 Adrenalin enthalten und zwar in 1 ccm. isotomischer Kochsalzlösung aufgelöst. Dieser Inhalt der Fläschchen wird von mir direkt in die Spritze gezogen und unverdünnt verwendet, ohne jeden Schaden. Ich habe das Präparat auch, ausser den mitgeteilten Fällen, des öfteren zu Eingriffen der kleinen Chirurgie verwendet und war stets sehr zufrieden damit; auch von Kollegen und Zahnärzten, die sich desselben vielfach bedienten, habe ich nie etwas Nachteiliges gehört; endlich ist mir in den zahlreichen Publikationen über diesen Gegenstand keine derartige Störung bekannt geworden. Dass die Gefahr einer Kokainintoxikation bei Verwendung des Gemisches sehr viel geringer ist, als bei der reinen Kokainanæsthesie, erklärt sich eben aus der Gegenwart des Adrenalins.

Bezüglich der durch den Adrenalinzusatz bewirkten Rand- und Lappennekrosen ist zu bemerken, dass eine solche nur bei schlecht ernährten, wenig vaskularisierten Wundrändern in Betracht kommen kann.

Medizinisch-pharmazeutischer Bezirksverein Bern.

Dr. La Nicca:

(Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, Nr. 6, pag. 208, 1904.)

Dr. La Nicca berichtet über einen Fall von « *Sklerema neonatorum* », der zur Heilung kam.

Prof. Walthard:

(Ibid.)

Prof. Walthard macht Mitteilung von einem Falle von « *Chorionepitheliom, in graviditate in der Vagina* » entdeckt, wo er kurzerhand Sectio cæsarea mit Totalexstirpation von Uterus und Vagina machte. Die Patientin ist jetzt einige Monate später ganz wohl und der Hæmoglobingehalt ihres Blutes ist von 30—40 % auf 65—70 % gestiegen.

Dr. Dick:

(Ibid., pag. 236.)

Dr. Dick demonstriert ein linksseitiges *Nierensarkom*, das er bei einer Frau transperitoneal entfernt hat, welche vor 6 Monaten von einer Kuh umgeworfen worden war und nachher Schmerzen in der Nierengegend hatte. Der Tumor wuchs rasch und erreichte bald eine beträchtliche Grösse. Es ist alles Nierengewebe zu Grunde gegangen und das Nierenbecken ebenso.

Prof. Walthard:

Indikationen und Kontraindikationen zur Serotherapie der Streptomysosen der weiblichen Genitalien.

(Ibid., pag. 237).

Siehe unter « Veröffentlichte Originalarbeiten » pag. 64: « Grundlagen zur Serotherapie des Streptokokkenpuerperalfiebers ».

Prof. TAVEL:

Bakteriologie der Appendicitis.

(Ibid., pag. 237.)

Siehe unter « Veröffentlichte Originalarbeiten » pag. 24: LANZ und TAVEL: « Bakteriologie der Appendicitis ».

Prof. TAVEL:

Pericolitis postappendicularis.

(Ibid., pag. 238.)

Siehe unter « Veröffentlichte Originalarbeiten » pag. 52: « Narbige Pericolitis postappendicularis ».

Dr. WILDBOLZ:

Experimentelles über Nierendekapsulation*.

(Ibid., pag. 239.)

Der Vortragende unternahm in Gemeinschaft mit Herrn Prof. LANZ im Herbst 1902 eine Reihe von Tierversuchen. Da die experimentelle Erzeugung chronischer Nephritiden bei Tieren äusserst schwierig ist, so begnügten sich die beiden Experimentatoren einstweilen damit, die Veränderungen zu studieren, welche die Dekapsulation gesunder Nieren zur Folge hat.

Bei 6 Hunden und 2 Katzen wurde die Capsula propria der einen Niere reseziert und die Tiere 2, 5, 12 und 21 Tage, 2 Hunde erst nach 7 resp. 9 Wochen post operationen getötet.

Die *histologische Untersuchung* der dekapsulierten Nieren ergab, dass sich in 2—3 Wochen nach der Operation rings um die Niere eine neue bindegewebige Kapsel bildete, deren Durchmesser stellenweise das 8 bis 10-fache der Dicke der normalen Capsula propria betrug. Ein Uebergang der Gefässe dieser Kapsel in das Nierenparenchym war nirgends nachzuweisen.

* Siehe *diesen Jahrgang: Dr. Gelpke:* « Zur Frage der chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis ».

Die Annahme Edebohls, es entstünden nach der Nierendekapsulation zwischen Nierenparenchym und perirenalem Gewebe zahlreiche Gefässverbindungen, trifft demnach für gesunde Nieren nicht zu; möglicherweise zeigen aber chronisch entzündete Nieren nach der Dekapsulation stärkere Tendenzen zur Anastomosenbildung, wie die normalen Nieren.

Diskussion:

Prof. Girard, Dr. Hedinger, Prof. Dumont, Prof. Asher, Dr. Arnd, Dr. Dick und Dr. v. Fellenberg besprechen die Wirksamkeit solcher Operationen bei den verschiedenen Nierenaffektionen. Der gleiche Vorschlag wurde schon vor Edebohls von Sahli in Bern gemacht und von Kocher eine solche Operation vorgenommen, aber ohne Erfolg. Die Beurteilung der Wirkung einer solchen Operation ist sehr schwierig und die Ergebnisse der Experimente an gesunden Nieren können nicht ohne weiteres auf kranke Organe übertragen werden.

Dr. von Fellenberg:

Die rapide Dilatation der Cervix uteri nach Bossi*.

(Ibid., pag. 453.)

v. Fellenberg teilt 6 hierher gehörige, von ihm im *kantonalen Frauenspital Bern* beobachtete Fälle mit:

I. 24-jährige Primipara. Coma eklampticum; bei verstrichener Portio wird nach *Bossi* in 80 Minuten die Cervix und der M. m. auf 11 cm. erweitert und mit der Zange ein lebendes Kind in Vorderhauptslage extrahiert. Exitus nach 12 Stunden im eklampt. Anfall. Seitlicher Riss der Cervix.

II. 30-jährige Viertgebärende. Pneumococcenmeningitis infolge Pneumonie, bewusstlos; ohne vorhergegangene Wehen wird die Dilatation in 40 Minuten von völlig geschlossener Cervix auf 11 cm. Durchmesser des M. m. gebracht. Der über Becken bewegliche Kopf wird eingepresst und mit der Zange leicht ein kräftiges, lebendes Kind extrahiert.

Bei der Extraction kleiner Riss am äusseren M. m., ohne Blutung. 24 Stunden später Exitus an eitriger Meningitis.

* Siehe *diesen Jahrgang* unter « Mitteilungen aus ärztlichen Gesellschaften », p. 176, den Rapport von *Doc. Dr. König* und die Diskussion in der « Geburtshilfl.-gynækolog. Gesellschaft der französ. Schweiz ».

III. 25-jährige Zweitgebärende, komatöser Zustand; 2 eklamptische Anfälle. Portio verstrichen. M. m. 2 Frank-Stück gross. Dilatation nach *Bossi*; nach ca. 40 Minuten Extraktion eines asphyktischen, lebenden Kindes mit der Zange. Keine wesentliche Blutung.

IV. Starke. Dyspnoe und stark aufgetriebenes Abdomen. Dilatation nach *Bossi* in sehr kurzer Zeit, gefolgt von Extraktion einer abgestorbenen Frucht von ca, 6 Monaten.

V. Myelitis transversa, am Ende der Gravidität. Ileuserscheinungen, weshalb ohne vorhergegangene Wehen bei gut aufgelockerten Weichteilen in 5 Minuten mit dem *Bossi* dilatiert und nun ein quer gelagertes, lebendes Kind am Fuss extrahiert wird. Dabei Riss in der Cervix ohne stärkere Blutung.

VI. Primipara mit rachitisch-plattem Becken. Geburt hatte schon drei Tage gedauert. Kopf im Beckeneingang. Erweiterung des wulstigen M. m. in Narkose mit Bossi von 6 auf 9 cm. Durchmesser. Wegen eingetretener Wehenschwäche Zangenextraktion des Kindes. Kein Riss, keine Blutung.

Es wird nun das *Bossi*'sche Instrument gezeigt und die übrigen *Modifikationen von Frommer, Knapp und Kaiser* beschrieben. — Es ist diese Dilatation eine *unphysiologische Methode;* doch sind die dagegen vorgebrachten Bedenken nicht alle völlig gerechtfertigt.

Bei keiner dieser Frauen kam es zu gefährlichen Blutungen. Am günstigsten wird die Erweiterung sein, wenn die Portio schon verstrichen ist. Bei erhaltener Portio ist eine gute Auflockerung der Cervix von Vorteil. Ferner soll langsam dilatiert werden, je nach der Beschaffenheit der Cervix. Die Risse treten übrigens meist erst ein bei der nachfolgenden Extraktion des Kindes. Atonie nach Entleerung des Uterus war nie vorhanden; die Dilatation regte stets die Wehen im hohen Grade an. Ein «Wiederzuschnüren» des Muttermundes nach Abnahme des Dilatators wurde nie beobachtet, wohl weil das Instrument nach völliger Erweiterung noch ca. 5 Minuten im Muttermunde liegen gelassen wurde.

Indikationen zur Dilatation geben in erster Linie *Eklampsie* ab, ferner event. Herzfehler, Rettung des Kindes, Krankheit der Mutter, Wehenschwäche und beginnende Temperatursteigerung.

Contraindikation (abgesehen von ganz seltenen Fällen) ist *Placenta praevia;* bei künstlicher Frühgeburt ist das Bossi'sche Verfahren, wenn keine weitere Komplikationen von Seiten der Mutter zur raschen Entbindung drängen, mindestens unnötig, da hier die älteren Methoden, vor allen Ballondilatation genügend leistungsfähig sind.

Auf jeden Fall soll der Bossi'sche Dilatator nur auf strenge Indikation hin angewendet werden; er gehört in die Hand des geübten Geburtshelfers.

Diskussion:

Prof. Walthard: hat auch keine stärkere Blutung gesehen; doch soll die Indikation sehr streng gestellt werden und wird sich wohl selten in der Privatpraxis bieten. Es kann auch eine Frau an einem wenig tiefgehenden Riss verbluten.

Dr. Weber: hat in 8 Fällen (Herzfehler, Eklampsie und Nephritis) das Instrument mit gutem Erfolg gebraucht.

Dr. La Nicca: findet, es sei eine gute Bereicherung unseres Instrumentariums.

Dr. Dick: wünschte eine stärkere Beckenkrümmung* und würde das Instrument mit vielen Branchen vorziehen. Er ist auch für striktetste Indikationsstellung.

Dr. Hedinger:

Kongenitale Divertikelbildung im Processus vermiformis.

(Ibid., pag. 480.)

Bei einem Neugeborenen aus dem 8.—9. Schwangerschaftsmonat, der unter der Geburt starb und welcher von Dr. von Werdt dem pathologischen Institut zur Autopsie übersandt wurde, fand sich neben einer Missbildung des Penis, die zu Urinretention und papillärer Hyperplasie der Harnblasenwand und zur Erweiterung beider Nierenbecken geführt hatte, in einer kleinen Umbilikalhernie den Processus vermiformis durch einen dünnen Bindegewebsstrang fixiert. Der Processus selbst war in seinem distalen Drittel verdünnt und mit zahlreichen kleinen subserös gelegenen Knötchen bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung des in Serien zerlegten Proc. vermif. zeigte, dass es sich hier um multiple Divertikelbildungen handelte. Hedinger hat den Fall eingehend in Virchow's Archiv, Band 178, 1904, beschrieben und auf einer Tafel 5 mikroskopische Abbildungen beigegeben.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, Tafel X: A: Die Abbildungen des *Uterus-Dilatator nach Dr. de Seigneux.*



Dr. Scheurer:

Grosse Vaginalcyste.

(Ibid., pag. 604.)

27-jährige Patientin, leidet seit mehr als 10 Jahren an Prolapsgefühl; 2 normale Geburten, 1 Abort. Der Beckenkanal ist zum grössten Teil angefüllt von einem über faustgrossen, cystischen Tumor, der bis in die Nähe des Introitus vaginae herunterreicht und sich beim Pressen mit der vordern Vaginalwand etwas vor die Genitalien vorwölbt. Durch die Vagina gelangt man hoch oben hinter dem Tumor an die normal beschaffene Vaginalportion.

Operation (Prof. Müller). Medianschnitt der vorderen Vaginalwand. Versuch der Ausschälung. Dabei platzt die einkammerige Cyste und entleert in grosser Menge stinkenden Eiter. Entfernung der Cystenwand teils stumpf, teils mit der Scheere. Offene Wundbehandlung. Ungestörte Heilung.

Nach der Beschreibung des *mikroskopischen Befundes* kommt *Scheurer* des weiteren noch auf die Pathologie der Vaginalcysten zu sprechen. In der bernischen Frauenklinik kamen in den letzten 20 Jahren nicht weniger als 16 Fälle zur Beobachtung, wovon aber nur zwei eine bemerkenswerte Grösse erreichten.

Die eine Cyste war gänseeigross, sass an der vordern Vaginalwand, etwas seitlich und reichte bis ins Parametrium; die andere sass mehr median, war faustgross, zeigte überhaupt grosse Aehnlichkeit mit den soeben beschriebenen Fällen. Als Prädilektionsstelle der Vaginalcyste wird allgemein die vordere und seitliche Wand der Vagina angegeben. Der Inhalt ist meist dünnflüssig, glasig oder schleimig.

Histologie: Die Hauptmasse der Wand solcher Cysten besteht aus Bindegewebe, in das glatte Muskelfasern eingelagert sind. Die Auskleidung besteht meist aus niedrigem Cylinderepithel. In andern Fällen besteht eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Uebergangsepithel der Harnwege und endlich werden noch Fälle beschrieben mit mehrfach geschichtetem Plattenepithel, wie in dem vorliegenden Falle.

Bezüglich der *Genese der Vaginalcysten** kommen hauptsächlich 4 Entstehungsarten in Betracht.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 92: *Dr. Ch. Widmer:* « Ueber Scheidendrüsen und Scheidencysten ».

Die Prognose wurde bis jetzt stets als völlig günstig angegeben. Erst in allerjüngster Zeit veröffentlichte *Falkner* aus der Wertheim'schen Klinik (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 50, pag. 557) einen Fall von karzinomatöser Degeneration.

Therapeutisch wird nur die Excision der ganzen Cyste in Frage kommen.

Dr. CONRAD:

Ueber eine Serie von 20 histologisch untersuchten Uteruspolypen.

(Ibid., pag. 627.)

Besonders interessant war ein nur stecknadelkopfgrosser Cervixpolyp von gewöhnlichem Aussehen der Schleimhautpolypen; es fand sich in ihm ein *Tuberkelknoten mit Riesenzellen*, während klinisch sonst nirgends Tuberkulose nachweisbar war. Bei der später vorgenommenen Autopsie fand sich Nebennierentuberbulose, ein haselnussgrosser Tuberkelherd im linken Ovarium, Salpingitis tuberkulosa rechts.

Im weitern hebt der Vortragende 2 Cervixpolypen hervor, in welchen beginnende *karzinomatöse Degeneration* nachweisbar war, während diese am übrigen Genitaltraktus fehlte. In dem einen Fall wurde durch Exstirpation des Polypen dessen Stiel sich karzinomfrei erwies, Heilung erreicht, im andern Falle wurde die Totalexstirpation des Uterus nötig.

CONRAD *empfiehlt, gestützt auf seine Erfahrungen, jeden auch noch so unbedeutenden und ungefährlich erscheinenden Polypen nach gehörigem Zugänglichmachen seines Ansatzpunktes, eventuell durch Dilatation, sorgfältigst mit seiner Basis zu exzidieren und nicht nur abzukneifen oder auszureissen und besonders eine genaue histologische Durchforschung folgen zu lassen.*

Dr. CONRAD:

Varicocele parovarialis superior.

(Ibid., pag. 627.)

Der Fall ist in mehrfacher Richtung bemerkenswert. Einmal kommt er selten zur Beobachtung und noch seltener zur Operation. — Die neu-

eren Lehrbücher behandeln die Affektion nicht, in der Litteratur findet sich wenig darüber, — dann ist seine Geschichte lehrreich.

Patientin, eine 35-jährige Virgo, litt jahrelang an heftigen, præmenstruellen und dysmenorrhoischen Beschwerden mit prolongierten Menses; nur kurzes intermenstruales relatives Wohlbefinden; sie war eine Invalide, untauglich zur Arbeit, sehr eingeschränkt im Lebensgenuss. Die durch längere Zeit fortgesetzte Beobachtung der Pat. durch den Vortragenden ergab, dass vor und während der Menses eine sehr schmerzhafte Anschwellung des linken Ovariums und seiner Umgebung auftrat. *Laparotomie:* Linkes, wenig vergrössertes Ovarium und Varicocele wurden exstirpiert.

Die histologische Untersuchung ergab den gewöhnlichen Befund bei Varicocele, auch im Hilus ovarii variköse Venen, mässige Hyperplasie des Ovarialstromes, keine Oophoritis.

Die Dysmenorrhoe und ihre Begleitsymptome sind seit 3 Jahren verschwunden und der Allgemeinzustand hat sich bedeutend gebessert.

Diskussion:

Dr. La Nicca, Dr. v. Fellenberg und Prof. Tavel haben ähnliche Varicocelen in den Lig. lata gesehen.

Dr. La Nicca:

Demonstration einer Bandage.

(Ibid., pag. 629.)

Es handelt sich um eine nach *La Nicca's* Angaben angefertigte Bandage, die er in einem Falle von rechtseitiger, *sehr beweglicher Niere,* mit frühern häufigen und heftigen Abknickungserscheinungen, seit 3 Jahren mit bestem Erfolg hat tragen lassen. Die Bandage besteht aus einem gewöhnlichen Korset, dessen rechte vordere Hälfte durch zwei Bügel und eine ovale Platte (der Unterbauchgegend sich anschmiegend) verstärkt ist, auf der inneren Hohlseite der Platte ist die Pelotte angebracht. Ein äusserer am Rückenteil fixierter Gurt sorgt für festes Anliegen der Pelotte. Der Vorteil dieser Bandage besteht darin, dass die Pelotte an der gewollten Stelle gut fixiert werden kann und dass das Tragen einer besonderen Bandage neben dem Korsett überflüssig wird.

Dr. LA NICCA:

Interessanter Fall von Appendicitis.

(Ibid., pag. 629.)

LA NICCA bespricht einen Fall von Appendicitis mit Abscess im kleinen Becken rechts. Durchbruch in die Blase. Der distale, im Douglas endigende Teil der anscheinend *primär tuberkulösen linken Tube,* sekundär vom Abscess aus infiziert, hatte sich zu einer mässigen, grösstenteils mit Gas gefüllten Pyo- oder besser Pyophysosalpinx entwickelt. Der mediale, dem Uterus anliegende Teil bot das Bild reiner Tuberkulose mit Verkäsung.

Medizinische Gesellschaft von Genf.
Société Médicale de Genève.

Dr. KÖNIG:

Laparotomie nach Pfannenstiel*.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, N° 2, pag. 162, 1904.)

Die Methode der transversalen Laparotomie nach RAPIN hat den Nachteil, dass man einen grossen Hautlappen abzulösen hat; ist die Blutstillung dabei keine ganz exakte, so können Hæmatome und Infektion dieser auftreten; dazu gibt die RAPIN'sche Schnittführung wenig Licht. *König* zieht daher die PFANNENSTIEL'sche Laparotomie vor; es werden 4 nach des Letztern Methode operierte Frauen vorgestellt; es handelte sich um Retrodeviation des Uterus compliciert mit Perimetritis, um Ovarialcyste, um Salpingitis und Appendicitis. In sämtlichen Fällen prima *intensio. König* möchte daher die PFANNENSTIEL'sche Incision in allen Fällen empfehlen, in denen es sich nicht um zu schwierige gynækologische Interventionen handelt.

Diskussion:

Dr. KUMMER: hat die PFANNENSTIEL'sche Laparotomie ebenfalls versucht, zieht aber die Rapin'sche Methode vor.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 180: *Dr. Beuttner:* « Die transversale Laparotomie in der Gynækologie ». (Mit 5 Abbildungen.)

Dr. König: fürchtet dabei die durch das Ablösen des Hautlappens leicht zu Stande kommenden Hæmatome, die sich leicht infizieren.

Dr. Beuttner: Die beiden Methoden verfolgen differente Zwecke. Die Rapin'sche Laparotomie hat nur den esthetischen Standpunkt im Auge. Pfannenstiel dagegen will mit seiner Methode erfolgreich die Hernienbildung der Linea alba bekämpfen.

Dr. de Seigneux:

Uterus-Dilatator*.

(Ibid., pag. 237.)

Der grosse Vorzug der de Seigneux'schen Modifikation des *Bossi*'schen Dilatators besteht in dessen Beckenkrümmung und darin, dass die 4 Branchen ausgewechselt werden können.

Diskussion:

Dr. Gautier: In der Mitteilung, die Dr. de Seigneux eben gemacht, hat er seine Ansichten über die Anwendung seines Dilatators wesentlich modifiziert, gegenüber denen, die er in einer früheren Arbeit im Archiv für Gynækologie vorgebracht, die Gautier als gefährlich bezeichnen möchte. Dort hatte de Seigneux Tendenzen gezeigt, die nach einer allgemeinen Verbreitung der Bossi'schen Methode strebten; es müssen aber die Gefahren, die dieser neuen Dilatations-Methode innewohnen, zuerst eingehender studiert werden; des weiteren soll der Dilatator nur dann appliziert werden, wenn absolut kein anderer Ausweg mehr besteht.

Dr. de Seigneux: wünscht ebenfalls, dass sein Instrument zuerst in den Entbindungsanstalten zur Anwendung komme und zwar in Fällen von notwendiger « forcierter Dilatation » und dass erst dann die Indikationen und Kontraindikationen aufgestellt werden.

Dr. Kummer:

Zur Behandlung der Uterusfibrome.

(Ibid., pag. 310.)

Von 77 an Uterusfibrom erkrankten Frauen wurden 47 operiert; die Kranken konsultierten meistens wegen Blutungen, in den verschie-

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 309: *Dr. de Seigneux:* « Beitrag zur mechanischen Erweiterung des Cervicalkanales des Muttermundes während der Schwangerschaft und der Geburt ». (Mit 2 Abbildungen auf Tafel X.)

densten Abstufungen; weiter kamen in Betracht mechanische Behinderung, Schmerzen, Harnbeschwerden (Pollakiurie, Dysurie, Retention, nie Eiweiss.) Palpitationen; in mehr als einem Drittel der Fälle der verheirateten Patientinnen bestand Sterilität.

Das Alter der 47 Operierten schwankte zwischen 22 und 57 Jahren.

Alle möglichen Fibrome kamen zur Beobachtung; daneben wurden gelegentlich noch folgende Affektionen konstatiert: Ovarialtumoren, Pyosalpinx, Hydrosalpinx, intraligamentäre Neubildung, Appendicitis, Hæmorrhoiden, Analfistel etc. Zweimal bestand zu gleicher Zeit Schwangerschaft (von 6 Wochen und 4 Monaten).

Nie wurde sarcomatöse Degeneration der Fibrome beobachtet; dagegen bestand einmal zur gleichen Zeit mit dem Fibrom ein Corpus-Carcinom.

Von den 47 Operierten erlagen 4 (8 %) Mortalität), die 43 Ueberlebenden erfreuen sich der besten Gesundheit.

Während des gleichen Zeitabschnittes von ca. 14 Jahren hat Kummer weitere 27 Frauen zu beobachten die Gelegenheit gehabt, die aus irgend einem Grunde nicht zur Operation kamen; davon sind 4 seither verstorben, die Mortalität ist daher während der gleichen Periode 12 %; 3 verstarben an Anæmie und Herzschwäche, eine vierte an Anæmie und Tuberkulose.

Das Fibrom kann nach Kummer *als solches eine zum Tode führende Erkrankung werden.* Bezüglich des einzuschlagenden Operationsverfahrens hält sich Kummer an folgende Regeln: Das Fibrom soll exstirpiert werden, indem man von den Nachbarorganen so wenig wie möglich opfert; wenn die Umstände es erlauben, so wird die einfache Myomectomie oder die Enucleation gemacht, sei es auf abdominalem oder vaginalem Wege. Ist die Hysterectomie nicht zu umgehen, so wird per vaginam operiert, wenn die Geschwulst die Symphyse wenig nach oben überschreitet; für voluminöse Tumoren kommt der abdominale Weg in Anwendung; hier zieht Kummer die subtotale Hysterectomie den andern Verfahren vor; die Ovarien werden, wenn immer möglich, konserviert.

Die Castration wurde zweimal mit Erfolg ausgeführt; in einem dritten Falle war die Wegnahme eines der Ovarien so schwierig, dass zur Hysterectomie geschritten werden musste.

In Anbetracht der guten Resultate der Hysterectomie, kann die Castration nur in Ausnahmefällen eventuel in Frage kommen.

Dr. de Seigneux:

Abdominale Hysterectomie wegen Collum-Carcinom.

(Ibid., pag. 439.)

Im Sept. 1903 wurde wegen Collum-Carcinom, das vaginal nicht mehr radikal hätte in Angriff genommen werden können, abdominal vorgegangen; Bildung einer Urether-Vaginal-Fistel.

Im März 1904: Abtragung der rechten Niere. Pat. hat an Körpergewicht zugenommen.

Dr. de Seigneux*:

Beitrag zur mechanischen Erweiterung des Cervicalkanals und des Muttermundes während der Schwangerschaft und der Geburt.

La dilatation instrumentale du col et de l'orifice utérin pendant la grossesse et le travail.

(Ibid., pag. 474.)

de Seigneux bespricht eingehend die verschiedenen Dilatationsverfahren, speziell die verschiedenen seit Bossi konstruierten Instrumente; er zeigt deren Nachteile und die Vorteile, die sein eigener Dilatator vor den andern entschieden voraus hat.

Es folgen 12 persönliche einschlagende Beobachtungen, die de Seigneux veranlassen, seinen Standpunkt folgendermassen zu formulieren:

« Es ist klar, dass ich trotz der ermutigenden Erfolge vorderhand kein definitives Urteil über die Methode der mechanischen Erweiterung des Cervicalkanales und des Muttermundes abzugeben vermag. Eines muss aber als sicher festgestellt werden, dies nämlich, dass es mir in meinen Fällen gelungen ist, ohne Narkose, ohne Schmerzen und Gefahren, vermittelst meines Instrumentes eine genügende Dilatation herbeizuführen, die die Austreibung eines lebenden Kindes gestattete. Diese Tatsache muss objektiv betrachtet, als ein wahrer Fortschritt in der Geburtshilfe anerkannt werden.

Es steht ausser Zweifel, dass Bossi das unbestreitbare Verdienst zu-

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 309.

kommt, als Erster gezeigt zu haben, dass es möglich ist, während der ganzen Zeit der Schwangerschaft oder der Geburt eine schnelle Dilatation des Cervicalkanals und des Muttermundes zu bewirken.

Es sei mir gestattet, zu hoffen, dass es mir durch meine Modifikation des Dilatators gelungen ist, gewisse Gefahren bei dessen Applikation zu beschwören und so zur Verbreitung einer Methode beigetragen zu haben, die im gegebenen Fälle zahlreiche Mütter zu retten im Stande ist. Den wahren Weg, den die *Bossi*'sche Methode nehmen wird, kann man noch nicht erkennen.

Dr. M. Bourcart:

Die Einwirkung manueller Vibrationen auf akute und subakute Entzündungen des Bauchfelles.

De l'action des vibrations manuelles sur les inflammations aiguës ou subaiguës du péritoine.

(Ibid., pag. 767.)

Die von Bourcart in Anwendung gebrachten manuellen Vibrationen waren zuerst nur dazu bestimmt, die Abdominal-Schmerzen bei Peritonitis abzuschwächen; es hat sich aber herausgestellt, dass damit noch andere Resultate erreicht werden können:

1. Bei Kranken, die seit mehreren Tagen an Pelviperitonitis mit einer Abendtemperatur über 39° litten, trat einige Stunden nach Anwendung der manuellen Vibrationen ein plötzlichor Abfall der Temperatur ein, bis auf 36,2 am Morgen und 37,5 am Abend; die Temperatur blieb auch weiterhin bei Applikation des gleichen Verfahrens normal.

2. Die intensivsten peritonitischen Schmerzen beruhigen sich sehr schnell.

3. Es tritt eine reichliche Diurese auf.

4. Der Puls, der vorher klein und schnell gewesen war, wird langsam und voller.

5. Das Aufgetriebensein des Leibes verschwindet, die Winde gehen leichter ab und die Abdominalbeschwerden sind weniger ausgesprochen.

6. Nach und nach reinigt sich die belegte Zunge, der Appetit und Hunger stellt sich ein.

7. Natürlicher Schlaf macht sich geltend.

8. Das Erbrechen und die Anfälle von Uebelkeit, wenn solche in Szene traten, verschwinden.

Indem die gleiche Behandlungs-Methode täglich 2—3 mal während 20—25 Minuten in Anwendung gebracht wird:

9. Wird die Stuhlentleerung normal.

10. Eine event. bestehende Enterocolitis verschwindet und

11. Eine substantielle Ernährung kann schnell ohne Gefahren wieder aufgenommen werden.

12. Wird das Vibrations-Verfahren einigermassen intensiv betrieben, so geschieht es, dass die Abendtemperatur hinter der Morgentemperatur znrückbleibt.

13. Sämtliche Organe nehmen ihre normalen Funktionen wieder auf.

14. Die entzündliche Infiltration verschwindet rasch, das Abdomen ist nicht mehr schmerzhaft und erlaubt die Applikation von Massage.

Das in die Augen fallendste Phänomen ist der unvermittelte Abfall der Temperatur und die schnelle Genesung selbst schwerkranker Patienten.

Bourcart hat mit seiner Vibrations-Methode folgende Affektionen behandelt: 3 Fälle von akuter Perityphlitis, 1 Fall von subakuter Perityphlitis, 6 Fälle von akuter oder subakuter Peritonitis und Pelviperitonitis, 5 Fälle von akuter innerer Einklemmung.

Welche Aktion kann man den manuellen Vibrationen zuerkennen?

1. Sie haben auf die arteriellen und venösen Gefässe der Abdominalhöhle eine congestionsvermindernde Wirkung.

2. Sie beschleunigen die Resorption der entzündlichen Infiltration durch Vermehrung der venösen und lymphatischen Zirkulation.

3. Sie begünstigen die antitoxische Arbeit der Leber und die Elimination durch die Nieren.

4. Sie üben auf die Phagocytose eine reizende Wirkung.

Die manuellen Vibrationen selbst werden hervorgerufen durch eine enorm schnelle und subtile Trepidation, die von den Schultermuskeln ausgehend durch Vermittelung des Armes der Hand zugeführt werden.

Event. müssen diese Vibrationen ohne Unterbrechung bis zu einer Stunde in Anwendung kommen.

*Bourcart** zeigt 7 Kurven vor, die die Wirkung der Vibrationen deutlich illustrieren.

* Siehe *diesen Jahrgang* im Kapitel « Verschiedenes » : *Doc. Dr. M. Bourcart :* « Der Bauch ».

Dr. Patry:

Ein Fall von Extrauteringravidität.

Junge Frau, Mutter von einem 9jährigen Kinde; regelmässig menstruiert; in der Nacht vom 11. auf den 12. Mai sehr starke Schmerzen im Abdomen; dieses ist gespannt. Resistenz in der rechten Fossa iliaca. Puls klein, frequent. T. 37. *Wahrscheinlichkeits-Diagnose:* Ruptur eines perityphlitischen Abscesses; der operative Eingriff muss der Verwandten halber auf den Nachmittag des 13. Mai verschoben werden.

Das Abdomen wird wie bei bestehender Perityphlitis eröffnet; beim Eröffnen des Peritoneums stürzen schwarze Blutmassen hervor. Nach Ausräumung der Blutcoagula ($3^1/_2$ Liter) konstatiert man die rechten Adnexe als normal, während von der linken Seite her Blut durchsickert; breite Eröffnung des Abdomens bis zur linken Fossa iliaca; die linke, vergrösserte Tube ist in der Mitte rupturiert; sie wurde entfernt. Mikulicz'sche Tamponade.

Diskussion:

Prof. Revilliod: Zu meiner Zeit diagnostizierte man noch nicht so häufig die Extrauterinschwangerschaft, aber man kannte die periuterinen Hæmatocelen, die relativ oft durch Ruhe und warme Kompressen zur Heilung kamen. Vielleicht existieren Hæmatocelen, die nicht auf Schwangerschaft zurückzuführen sind.

Dr. Patry: Die Differentialdiagnose eines in den Peritonealraum durchbrechenden Abscesses und einer intraabdominalen Blutung ist fast unmöglich; in beiden Eventualitäten bleibt die Temperatur niedrig und besteht grosses Schwächegefühl.

Dr. Andreæ: Auch zu meiner Zeit war die Extrauteringravidität wenig bekannt und wenn wir bei unserm Meister Scanzoni die Diagnose einer periuterinen Hæmatocele stellten, so gereichte dies zu ganz besonderem Ruhme; indessen sind die Extrauteringraviditäten ziemlich zahlreich; ich habe in 2 Jahren 9 solcher Fälle gesehen.

Dr. Gœtz: hat 3 Fälle zu beobachten die Gelegenheit gehabt, die mit Erfolg operiert worden waren.



Medizinische Gesellschaft des Kantons Waadt.
Société vaudoise de médecine.

Prof. Dr. Rossier:

Demonstrationen.

(Revue Médicale de la Suisse Romande, Nr. 4, pag. 302, 1904.)

1. 34jährige Frau; vierte Schwangerschaft; *rachitisches Becken, Kypho-Scoliose und linksseitige congenitale Hüftgelenkluxation.* 3 spontane Geburten, Kinder aber stets infolge *Nabelschnurvorfall* abgestorben. Genaue Ueberwachung sobald Wehen auftreten.

2. 31jährige Frau. *Osteomalacie.* November 1902. *Sectio cæsarea* mit Abtragung der Ovarien. Besserung. Nach einiger Zeit aber treten die Regeln, wenn auch schwächer, wieder auf und das Becken geht immer ausgesprochenere Veränderungen ein. Man denkt an ein überzähliges Ovarium. *Laparotomie.* Aus dem rechten Lig. lat. exstirpiert man einen runden, harten Körper, der aus Ovarialgewebe bestand. Ob es sich hier um ein drittes Ovarium gehandelt, oder um einen Rest des rechten Ovariums, kann nicht entschieden werden.

3. und 4. *Zwei Präparate von Extra-uterin-Gravidität.* 1. Tubarer unvollständiger Abort. 2. Extrauterin-Schwangerschaft kompliziert mit einem intraligamentär entwickelten Ovarialkystom der gleichen Seite.

Rossier wendet sich gegen die noch zu häufige Anwendung der Curette wegen Puerperalfieber nach frühzeitigen und rechtzeitigen Geburten. Gefahren der Perforation: die Curette zernichtet den Granulationswall, errichtet gegen die Mikrobeninvasion; sie eröffnet schon geschlossene Lymph- und Blutgefässe.

5. *Puerperale Pelviperitonitis nach abortiven Manipulationen.*

Rossier hat die Krankengeschichten der Lausanner Entbindungs-Anstalt während der Jahre 1888—1892 durchgegangen und 16 Puerperalfieberfälle nach rechtzeitiger Geburt gefunden, bei denen curettiert worden war; das Resultat war 8 Todesfälle und 8 Heilungen.

In Fällen von Puerperalfieber soll man zuerst vermittelst Gummihandschuh genau die Uterushöhle austasten und eventuell mit dem Finger zurückgebliebene Gewebe entfernen (vor und nach diesem Eingriff eine intrauterine Spühlung mit 1—2 °/₀ Lysol). Eisblase auf's Abdomen. Ergotin, gute Ernährung.

Prof Dr. Muret:

Ueber Curettage.

Quelques mots sur le Curettage de l'utérus.

(Ibid., pag. 663.)

Muret verbreitet sich über die Gefahren der Curettage im allgemeinen und die der Uterusperforation im besondern. Er selbst hat im Verlaufe von Ausschabungen drei Perforationen zu beobachten Gelegenheit gehabt, Perforationen, die bei der nachfolgenden Laparotomie kontrolliert werden konnten; in sämtlichen 3 Fällen war mit der grössten Vorsicht vorgegangen worden, umsomehr es sich um Fälle von puerperaler Subinvolution handelte. Muret hält die Sublimatinjektionen bei allfällig auftretender Perforation für sehr gefährlich und verwirft sie, wie er auch die Irrigations-Curette perhoresciert. — *Die Diagnose* der Perforation ist leicht zu stellen; man hat das Gefühl, dass die Curette ohne jeden Widerstand in die Tiefe dringt. Muret* verbreitet sich noch über die Technik der Curettage; für ihn sind Speculum, Kugelzange (um den Uterus nach unten zu dislocieren) und Dilatatoren meistens überflüssig, ein Fritscher-Uteruskatheder und eine Curette genügen oft. Man soll bimanuel curettieren, das heisst mit der äusseren Hand soll man den Uterusfundus überwachen.

Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Dr. Hans Meyer-Ruegg:

Eihautberstung ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.

(Siehe unter « Veröffentlichte Originalarbeiten » pag. 30. und Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, Nr. 7, pag. 240, 1904.)

Diskussion:

Dr. Schwarzenbach: frägt an, ob das im fruchtwasserleeren Uterus getragene Kind Klumpfüsse gehabt habe.

* *Der Referent* kann sich mit dieser Technik keineswegs einverstanden erklären und verweist diesbezüglich auf seine kleine Veröffentlichung in der Revue Médicale de la Suisse Romande, N° 1, 1898: « *Contribution à la technique du curettage et de l'introduction de gaze dans l'utérus après avortements incomplets* ».

Prof. Ernst: erkundigt sich nach der Menge des abgeflossenen Fruchtwassers und nach eventuell verstärktem Durstgefühl der Schwangeren.

Dr. Meyer-Ruegg: Es waren Klumpfüsse vorhanden. — Es ist interessant zu erfahren, welche Mengen von Wasser während der so lange dauernden Hydrorrhoe abgingen. In einem Falle wurden täglich 85 cm³ gemessen; im nämlichen Falle gingen aber einmal an einem Tage 255 gr. ab; die Hydrorrhoe dauerte ca. 90 Tage. Im zweiten Fall kommt man während 64 Tagen auf minimum 6 ½ Liter.

Die Angabe, dass grosses Durstgefühl bei den betreffenden Schwangern vorhanden gewesen sei, ist in keiner Krankengeschichte erwähnt.

Dr. Hæberlin:

Casuistische Mitteilungen.

(Ibid., Nr. 10, pag. 339.)

1. *Carcinoma portionis vaginalis.* Abdominale Operation nach Wertheim. Die 56jährige Frau litt seit einem Jahr an Ausfluss und zeigte einen nussgrossen, circumscripten Knoten an der Portio rechts. Da die Parametrien frei schienen, so durfte der Fall zu den günstigen gerechnet werden, die gewöhnlich auch vaginal radikal operiert werden können. Es fanden sich unerwarteterweise geringe Dilatation des rechten Ureters, Schrumpfung des rechten Parametriums, 6 bohnen- bis nussgrosse Drüsen in der Gegend der Art. iliaca, welche sich mikroskopisch als carcinomatös erwiesen. Der Verlauf nach der 3¼stündigen Operation war ein sehr günstiger.

2. *Peritonitis suppurativa nach Perforation des Proc. vermiformis* bei einer 22jährigen Patientin, welche früher gelegentlich Krämpfe im Leibe und Erbrechen gehabt hatte. Aerztliche Hülfe erst am achten Tage. *Auffällig war das Tiefertreten der Gebärmutter und der Scheidengewölbe, weshalb, da frühere Darmkoliken erst später angegeben wurden, in erster Linie an eine Stieltorsion eines Ovarialkystoms mit sekundärer Vereiterung gedacht wurde.* Incision in der Mittellinie: Scheusslich stinkender, massenhafter Eiter. 5 Wochen nachher wird die Narbe in der Medianlinie excidiert und ein Rest des Proc. vermiform, welcher nur durch Bindegewebe mit dem Cæcum verbunden und in alten Adhäsionen eingebettet war, entfernt. Wohlbefinden.

3. *Zwei Fälle von Perforationsperitonitis bei alten Frauen* (60 und 76), welche beide am ersten Anfall zu Grunde gingen. Die erste wurde am

dritten Tage nach der Perforation operiert und starb nach 24 Stunden; die zweite mit aussetzendem, elendem Puls am zweiten Tage, erholte sich anfänglich und erlag nach drei Wochen einer wenig ausgedehnten Peritonitis. Bei der Section war nur der im kleinen Becken gelegene Proc. von ganz wenig Eiter beschmiert. Bei beiden war der Proc. in grosser Ausdehnung gangränös und fehlten die natürlichen Abschlussprozesse von Seiten des Peritoneums, was wohl mit dem hohen Alter der Patientinnen in causalem Verhältnis steht.

4. *Vier acute Fälle von frühzeitigem Eingriff,* obschon keine Perforation vorlag. Häberki glaubt aus seiner letztjährigen Erfahrung den Schluss ziehen zu dürfen, dass in keinem Falle von Frühoperation der Verlauf etwa ungünstig beeinflusst worden sei, dass im Gegenteil nachher die Heilung in relativ sehr kurzer Zeit erfolgte.

Diskussion:

Dr. Carl Schuler: benützt als « Anhänger der Frühoperation » die Gelegenheit zur Demonstration zweier in jüngster Zeit gewonnener Präparate. Das erste zeigt einen ziemlich stark geschrumpften Wurm, an dem das abdominale Ende fehlt; das zweite Präparat lässt ca. 1½ cm. zentralwärts der freien Spitze eine ausgedehnte, durch schwarze Verfärbung gekennzeichnete, bis in die Serosa reichende Nekrose erkennen. — In beiden Fällen handelte es sich um 10 oder mehr cm. lange Wurmfortsätze, die in ganz gleicher Weise *an der Rückseite des Cœcums in die Höhe geschlagen* und in ganzer Ausdehnung mit demselben verwachsen waren.

Beiden Fällen ist gemeinsam die nach raschem Rückgang der ersten stürmischen Symptome bald platzgreifende Gutartigkeit des weitern Verlaufes, die jedoch beide Mal sich nur als eine scheinbare erwiesen hat. In Uebereinstimmung mit der mehrfach konstatierten Tatsache, dass ein Missverhältnis zwischen klinischem Verlauf und anatomischem Befund oft angetroffen wird, zeigen die beiden vorliegenden Beobachtungen auch ein solches und sind selbe mit Bezug auf den Standpunkt zur Frühoperation lehrreich.

Dr. O. Nägeli: Die von Curschmann 1902 veröffentlichten Leukocytenuntersuchungen bei Perityphlitis haben zahlreiche Nachprüfungen erfahren und sind durchaus bestätigt worden, sofern sie sich auf akute Fälle mit Exsudat beziehen. Besteht eine akute allgemeine Peritonitis, so hat die Leucocytenprüfung ebenfalls wertvolle Resultate gezeitigt. Nur die Fälle mit erheblicher Leukocytose können noch gerettet werden. Fehlt eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen, so zeigt dies das Erlöschen der Widerstandsfähigkeit des Organismus an, die Operation hat dann nie mehr Erfolg und wird bereits von manchem Chirurgen als zwecklos unterlassen.

Für chronische Prozesse gelten diese Regeln nicht. Hier kann grössere Eiterung vorliegen, ohne dass die Leukocytenzahl eine bedeutende Steigerung erfährt *.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 56: *Dr. de Patton:* « Zur diagnostischen Bedeutung der Hyperleukocytose bei den entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ».

Der XV. klinische Aerztetag in Zürich.

Prof. Dr. U. Krönlein:

Kurze Uebersicht über persönliche Erfahrungen bei der Operation der Appendicitis.

(Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte, Nr, 19, pag. 633, 1904.)

Die in den früheren aus der Krönlein'schen Klinik hervorgegangenen Publikationen von Hæmig* und von Lombardi** mitgeteilte Statistik wird im vorliegenden Vortrage bis auf den heutigen Tag fortgesetzt. Sie zeigt folgende Zahlenwerte:

Appendicitis.
(1881—1904.)

	Nicht operiert:	Operiert: bei lokalem Prozess	Operiert: bei diffusem Prozess	Operiert: im freien Intervall	Total
Anzahl	50	150	75	402	677
†	5	6	53	0	64
Mortalität	10 %	4 %	78 %	0 %	9,4 %

Operiert: 627; † 59 = 9,4 %.

Aus diesen Erfahrungen ergibt sich:

1. Dass die Operation im freien Intervall gefahrlos ist;

2. Dass die Operation des abgesackten und zur Ruhe gelangten Abszesses wenig gefährlich ist;

3. Dass dagegen die zur progredierenden, diffusen Peritonitis führenden Appendicitisfälle nach der Operation gegenwärtig noch die erschreckende Mortälität von 70 % aufweisen, wobei die Ueberzeugung nur einen geringen Trost bieten kann, dass ohne Operation alle diese Fälle dem sicheren Tode verfallen wären.

Eine weitere Besserung unserer operativen Resultate bei Appendicitis kann sich nur auf diese Gruppe 3 beziehen. Dass eine solche Besserung möglich sei, ist nicht zu bezweifeln, wenn man bedenkt, dass alle diese

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 35: *Dr. G. Hæmig:* « Beobachtungen über Perityphlitis an der Züricher chirurgischen Klinik während der zwei Dezenien 1881—1901 ».

** Siehe *diesen Jahrgang,* Dissertationen, p. 112: *Dr. A. Lombardi:* « Beobachtungen über Perityphlitis an der Züricher chirurgischen Klinik während der Jahre 1901 (IV—XII) bis 1903 (I—IV).

Fälle doch einmal in einem Stadium sich befanden, wo der Prozess noch kein diffuser, sondern ein auf die Appendix beschränkter war, eine Operation in diesem Stadium aber sicherlich die grössten Chancen der Rettung hätte bieten müssen. Das sind die Fälle der gangränösen, perforierenden Appendicitis. Alles hängt von der *Frühdiagnose* und der *Frühoperation* ab.

Eine Frühdiagnose dieser schwersten Form der Appendicitis wäre wohl häufiger möglich, wenn der Arzt sich ein für allemal der üblichen Opium- und Morphiumtherapie entschlagen und umso ängstlicher jede Phase in der ersten Entwicklung der Krankheitserscheinungen Schritt für Schritt verfolgen würde.

Ein Wandel zum Besseren kann nur geschehen, wenn mit der schablonenhaften Verabreichung von Opium und Morphium im Beginn der Appendicitis gebrochen wird.*

* Siehe *Gyn. Helvet.* II, p. 1: *Prof. L. Bourget:* « Die medizinale Behandlung der Perityphlitis ».

VI.

Mitteilungen aus dem Gebiete der Veterinär-Geburtshilfe und Gynækologie.

A. Originalarbeiten.

Giovanoli-Soglio, Chur:

Ein geburtshülflicher Apparat.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd. 2. Heft, pag. 53, 1904.)

Die Mängel, die an Arm und Hand haften, muss der gewissenhafte Geburtshelfer zu ersetzen wissen; man kann seine Kraft schonen durch Anwendung geeigneter Instrumente.

Der Geburtshacken mit einer Schnur ersetzt den gekrümmten Finger mit dem Arme; er hat noch den Vorteil, dass die Schnur im Geburtskanal wenig Platz einnimmt und Raum genug für den Arm des Geburtshelfers freilässt. Die Zurückschaffung der vorgeschobenen Teile geschieht am besten mit der Geburtskrücke; sie dient auch dazu, das Junge zurückzuhalten, während man Lageberichtigungen vornimmt, da man beide Hände in den Uterus ja nicht einführen kann.

Den bis jetzt zur Anwendung gelangenden Krücken standen die Bedenken der leichten Abgleitung über den schlüpfrigen Ansatzpunkt entgegen. Diese Bedenken wurden von Giovanoli-Soglio gehoben durch Anbringung von vier statt, wie bis jetzt, blos zwei halbmondförmig gebogenen Querästen am Ende der Geburtskrücke.

Das Herbeiziehen eines verschlagenen Gliedes unter Verhältnissen, wo die Hand den Teil nur berühren, nicht erfassen kann (bei einem abgestorbenen Jungen) ist ohne Instrumente sehr schwer. In diesen Fällen leistet der Bohrer von Kaiser erspriessliche Dienste. Giovanoli-Soglio

hat einen solchen Bohrer konstruieren lassen, der an seine Geburtskrücke angeschraubt werden kann.

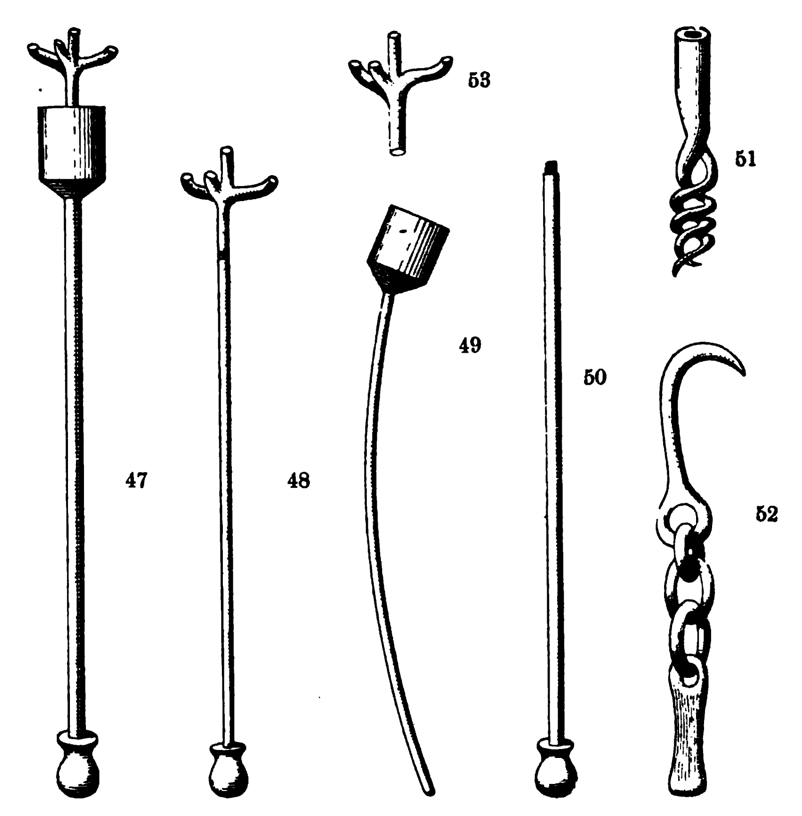


Fig. 47. Krücke mit Schlauch und Trichter. Fig. 48. Krücke, 1 m. Länge, 1 cm. Dicke; gerade Entfernung der Queräste der Krücke 4 cm. Fig. 49. Schlauch mit Trichter. Fig. 50. Krücke mit dem Gewinde zum Anschrauben von Fig. 51 : Doppelbohrer. Fig. 52. Beweglicher Hacken. Fig. 53. Krücke.

Das doppelte, korkzieherförmige Ende des Doppelbohrers wird in die Haut des verschlagenen Teiles gedreht und der erfasste Teil nach sich gezogen, bis er mit der Hand erreicht werden kann.

Ist das Fruchtwasser grösstenteils abgeflossen, so ist der Uterus dermassen zusammengezogen, dass er an dem Kalb anliegt; in solchen Fällen versäume man nie, von einer ergiebigen Infusion von warmem Wasser in utero Gebrauch zu machen. Zur Einbringung von warmem Wasser

in die Gebärmutter bediene man sich eines Gummischlauches von 2 cm. Durchmesser. Giovanoli-Soglio hat den Trichterschlauch ebenfalls mit der Geburtskrücke verbunden.

Die Anwendung rauher Stricke ruft sehr häufig kleinere und grössere Verletzungen des Geburtskanales hervor. Giovanoli-Soglio bedient sich daher der Geburtskrücke, an die er einen beweglichen Hacken hat anbringen lassen. Dieser Apparat ersetzt in vorzüglicher Weise Hacken und Schnur.

Tierarzt Gavard, Genf:

Die Castration der Kuh mit dem Emasculateur.

Castration de la Vache par l'Emasculateur.

(Société des Sciences Vétérinaires de Lyon, 7me année, N° 4, pag. 275, 1904.)

Bis jetzt wurde die Castration vermittelst eines gewöhnlichen Ecraseurs mit starker, breiter Kette ausgeführt; das Flocard'sche Ovariotom hat Gavard nie angewendet, da es seiner Ansicht oft schlecht funktioniert. Gavard hat 900 Castrationen ausgeführt, mit vorzüglichem Erfolg; allein das Operationsverfahren hatte 3 Nachteile; es war nicht im Stande, eine Nachblutung absolut sicher zu verhindern, dann dauerte es etwas lang und drittens litten die Tiere ziemlich darunter.

Diese Nachteile bestimmten Gavard, ein anderes Operationsverfahren zu suchen und kam dabei *die Castration mit der elastischen Schlinge* und *die Castration mittelst eines « Emasculateur »* in Frage.

Da das erstere Verfahren viele Nachteile aufweist, so hat *Gavard* die Castration vermittelst eines Emasculateurs acceptiert; er geht dabei folgendermassen vor: Scheidenspühlung mit 2 % Kreolin. Eröffnung der Scheide oberhalb des Collum vermittelst des Bistouri von Colin. Mit Hülfe des Zeige- und Mittelfingers werden die Ovarien in die Scheide dislokiert; manchmal muss auch mit der ganzen Hand in die Bauchhöhle eingegangen werden, dann nämlich, wenn z. B. eine cystische Vergrösserung der Ovarien selbe dislokiert hat. Hierauf wird das Ovarium an seiner Basis mit dem Emasculateur langsam und schrittweise abgeklemmt.

Gavard hat bereits in 104 Fällen mit bestem Erfolg auf die oben beschriebene Weise operiert.

M. Strebel, Praroman:

Die durch den Geburtsakt veranlassten Scheiden- und Vulvaverletzungen.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 2. Heft, pag. 71, 1904.)

Die beim Geburtsvorgange sich ereignenden Verletzungen der Scheide und des Wurfes (Vulva) sind beim Rinde, besonders beim primiparen, sehr häufige, bald leichte, bald ernste, selbst sehr ernste Zufälle. Die Verletzungen der Scheide sind nicht selten mit solchen der Cervix verbunden. Eine volle Zerreissung der oberen Scheidenwand kann selbst mit einer Zerreissung des Mastdarmes verbunden sein.

Die meiste Schuld an den Scheiden- und Vulvaverletzungen tragen ungeschickte, unvorsichtige, rohe Geburtshelfer.

Die Bedeutung der in Frage stehenden Verletzungen hängt von der Gegenwart oder der Abwesenheit von Komplikationen ab.

Tierarzt M. Strebel, Praroman:

Verengerung und Verwachsung des Gebärmutterhalses beim Rinde.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 4. Heft, pag. 153, 1904.)

Die Verengerung der Cervix (fast nur bei der Kuh, sehr selten bei den andern Haustieren) kann eine verschiedengradige sein. *Indirekte Ursachen* bilden grosse Fibrome, die in der Nähe des äusseren Muttermundes sitzen oder selbst in die Cervix hinein sich erstrecken; weiter kämen in Betracht kurze, dicke, derbe Fleischspangen. *Direkte Ursachen* bilden ausgedehnte narbige Stellen der Cervixwände, fibröse, sarkomatöse, carcinomatöse, enchondromatöse Verdickungen, Verhärtung der Cervix durch kalksalzige Einlagerung in dessen Gewebe.

Erweisen sich event. Dilatationsversuche als erfolglos, so steht dem Geburtshelfer noch die blutig-operative Eröffnung der Cervix, durch die Vornahme nicht zu tiefer Einschnitte in dessen obere und seitliche Wände, zur Verfügung. In 28 Fällen konnte das Muttertier so gerettet und in 20 Fällen das Junge lebend entwickelt werden. Ist die Operation an und für sich gerade nicht gefährlich, so wird sie es durch die bei der

Extraktion des Jungen gesetzten Quetschungen und Zerreissungen des Uterushalses und Körpers, sowie durch Infektion mit Wundsekreten etc.

Verwachsungen des Gebärmutterhalses. Seltene Vorkommnisse, kongenital oder erworben.

Tierarzt M. Strebel, Praroman:

Der weisse Fluss der Haustiere.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 4. Heft, pag. 159, 1904.)

Der Fluor albus ist, mit seltenen Ausnahmen, eine mit dem Geburtsakte zusammenhängende Krankheit, bestehend in einem chronischen, fieberlosen Katarrh der Uterusschleimhaut, bisweilen verbunden mit einem solchen der Scheide. Der weisse Fluss ist bei der Kuh ein sehr häufiges Leiden, selten dagegen ist es bei der Stute und noch weit seltener bei den kleinen landwirtschaftlichen Haustieren.

Aetiologie. Am häufigsten entwickelt sich der chronische Uterinkatarrh aus einer akuten Endometritis, die ihre häufigste Entstehung einer Infektion nach mechanischer Verletzung der Uterusschleimhaut verdankt. Der chronische Fruchthälterkatarrh ist ferner die häufige Folge der zurückgebliebenen und ausgefaulten Nachgeburt, sowie eines abgestorbenen, im Uterus in Fäulnis übergegangenen Fœtus. Weiter käme in Betracht: Erkältung des Tieres, pathogene Agenten, polypöse Neubildungen, Krebsgeschwülste. In der Subumcosa des Uterus existierende, breiartig erweichte oder käsig zerfallene Tuberkel, können das Leiden ebenfalls verursachen.

Symptome. Der anfänglich wenig reichliche, weissliche, ziemlich klare, dünnschleimige, zähe Ausfluss aus der Scheide wird bei event. unterlassener oder lässig oder unrichtig durchgeführter Behandlung bald kopiöser und bei längerer Dauer sehr kopiös. Das Sekret wird missfarbig, trübe, dicklich eiter- oder rahmartig und übelriechend.

Prof. E. ZSCHOKKE, Zürich :

Forschungeu über den gelben Galt (Agalactia catarrhalis, contagiosa.)

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 3. Heft, pag. 113, 1904.)

Von 3166 an das patholog. Institut der vet.-med. Fakultät Zürich eingesandten Milchproben erwiesen sich nicht weniger als 1984, also 62 %, mit Streptococcen infiziert und derart verändert, dass die Diagnose « Gelber Galt » gestellt werden musste.

Während es unbestritten ist, dass Streptococcen die Ursache des gelben Galtes darstellen und die Infektionsmöglichkeit des Euters auf dem Milchweg jederzeit zur Evidenz erwiesen werden kann, wissen wir über andere Infektionsmodi wenig, wissen wir nicht, ob alle vorhandenen Streptococcenformen derselben Art angehören, wissen wir wenig über das Vordringen und die Wirkungsweise der Krankheitserreger im Euter und in andern Organen.

Eine Erweiterung unserer Kenntnisse dieser Krankheit brachten die Arbeiten von STARK* und von STÄHELI**; hierzu kommen nun noch die 8jährigen, praktischen Erfahrungen von ZSCHOKKE.

Die Krankheit ist in gewissen Gebieten und Ortschaften stationär und tritt fast jährlich gleich häufig auf. Ueber *die Uebertragungsfähigkeit* von Strich zu Strich, von Kuh zu Kuh, lässt sich nur aus allfälligen Anamnesen ein Schluss ziehen. Bei 662 Kühen zeigten sich bei 193 nur je ein, bei 211 dagegen zwei, bei 109 drei und bei 149 alle vier Viertel erkrankt; dass sich auch eine Uebertragung von Tier zu Tier vollzieht und zwar wohl einfach durch die Hand des Melkers, ist ebenso einleuchtend als wahrscheinlich.

Die Art der Infektion ist noch nicht endgültig abgeklärt. Sicher und leicht experimentell nachweisbar ist die Infektion durch den Strichkanal. Die Schnelligkeit, mit welcher die Pilze durch die Milchgänge hinauf bis in die Alveolen hineinwandern, ist oft erstaunlich. Ob auch eine lymphogene Infektion der Milchgänge mit Streptococcen möglich ist, hat bis jetzt kein Experiment dargetan; und ob gar eine Infektion vom Blut aus, vielleicht durch vom Darm invadierte Streptococcen stattfinden

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 272 : *Dr. H. Stark :* « Beiträge zur pathologischen Anatomie der Agalactia catharrhalis contagiosa ».

** Siehe *diesen Jahrgang*, p. 223 : *Dr. H. Stäheli* : « Zur Biologie des Streptococcus mastitidis contagiosæ ».

kann, wie das Prof. Guillebeau* glaubte annehmen zu sollen, bedarf ebenfalls noch der experimentellen Erhärtung.

Sehr gewöhnlich sind die *Reinfektionen*. Von Immunität bemerkt man gar nichts. Wenn ein Streptococcus des gelben Galtes in der Zysterne oder in den Milchgängen steckt, dann tritt Eiter auf in der Milch; *ohne Eiter kein gelber Galt*. Es können aber im Strichkanal zwischen den Falten der Schleimhaut gelegentlich Pilze lagern und durch ihre örtliche Säurebildung leichte Kaseinausfällungen bedingen (Uhlmann** und Stark). Dass von hier aus eine Infektion des Euters erfolgen kann, ist evident.

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 242/43: *Prof. Guillebeau:* « Ueber Euterentzündungen bei Haustieren ».

** Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 278: *Dr. O. Uhlmann:* « Der Bakteriengehalt des Zitzenkanals bei der Kuh, der Ziege und dem Schafe ».

B. Mitteilungen aus der Praxis.

Prof. Dr. Ehrhardt, Zürich:

Ein Fall von Vielträchtigkeit beim Rind.

(Schweizerische Landwirtschaftliche Zeitschrift, Heft 4, 1904.)

Die Kuh hatte bereits 4 mal geboren, jedoch immer nur ein Junges zur Welt gebracht. In der letzten Trächtigkeit starke Abmagerung; in der 37. Woche trat die Geburt ein; dieselbe vollzog sich ohne fremde Hilfe.



Fig. 54.

Die 4 Kälber, wovon 2 weibliche und 2 männliche, sollen unmittelbar nach der Geburt zusammen 62.5 kg gewogen haben; sämtliche Junge waren wohl proportioniert und munter; leider ging eines davon am dritten Tage infolge einer Nabelentzündung zu Grunde. Es mag noch erwähnt werden, dass die Kuh nur einmal zum Stier geführt worden war.

Tierarzt Simen, Münster, Kt. Graubünden:

Ein Fall von Frühträchtigkeit.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 5. Heft, pag. 86.)

Am 27. Nov. 1899 wurde von einer 7 jährigen Kuh ein normales Kalb geworfen; im Monat Juli des folgenden Jahres kam dieses auf eine Alpweide; am 11. Mai 1901 warf das Tier im Alter von 17 $^1/_2$ Monaten ein verhältnismässig grosses Kalb. Wohl bedurfte die Entwicklung der Frucht der Kunsthilfe, hatte aber weiter keine schweren Folgen, weder für das Junge noch für das Muttertier; im Okt. 1902 warf letzteres unter ganz normalen Verhältnissen wieder ein Junges.

Dr. E. Wyssmann, Neuenegg:

Pseudo-Hermaphroditismus und Atresia ani et recti bei einem Kalbe.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 2. Heft, pag. 79, 1904.)

Die Kreuzgegend des Kalbes ist asymmetrisch entwickelt, die Wirbelsäule ist rechts gekrümmt. Der Anus fehlt vollständig; der Endteil des Rectums kann nicht durchgefühlt werden. Die Vulva ist auffallend klein; in der unteren Commissur befinden sich ein ziemlich langer Haarbüschel und die stark entwickelte *penisartige Klitoris. Dieselbe ist schwach S-förmig gekrümmt, 2 cm lang, 0,6 cm dick und besitzt an ihrem kaudalen Ende eine ganz kleine Oeffnung.* Das Euter ist normal entwickelt.

Sektion: Das Rectum stark ausgeweitet; 5 cm von der Perinealhaut endigend und mit dem Vestibulum vaginæ durch eine bleistiftdicke Oeffnung kommunizirend (Rectovaginalfistel). *Rectum, Vagina und Harnblase sind mit gelblichem Kotbrei angefüllt.* Das *Vestibulum vaginæ* durch eine Querfalte (Hymen) von der Vagina geschieden, *kaudalwärts stark verkürzt, sich trichterförmig mehr und mehr verengend und mit einem 5,5 cm langen, federkieldicken, mit Schleimaut ausgekleideten Kanal (Canalis genitalis), welcher zuletzt die penisähnliche Klitoris durchzieht, nach aussen mündend.* Die Rima vulvæ 1 cm lang, die Vulva geht bloss 2 cm tief, um dann blind zu endigen. Durch die Rectovaginalfistel entleerte sich der Darminhalt zunächst in den kranialen, nicht obliterierten Teil des Vestibulum vaginæ und von hier in Vagina und Harnblase. Die

in ihrer Funktion gehemmte Harnblase vermochte den von den Nieren abgeschiedenen Harn nicht oder doch nur ungenügend aufzunehmen. Es kam zu *beidseitiger Nephritis infolge abnormer Druckverhältnisse und ammoniakalischer Gährung des Harnes.* Uterus und Ovarien normal.

Dr. E. Wyssmann, Neuenegg:

Euterhernie bei einer Kuh.

(Schweizer-Archiv für Tierheilkunde, 46. Bd., 4. Heft, pag. 149, 1904.)

Bauchbrüche kommen nicht so selten bei älteren Kühen gegen das Ende der Trächtigkeit oder kurz nach dem Kalben zur Beobachtung:



Fig. 55.

12 jährige, hochträchtige Kuh: am 10. Januar während mehreren Stunden auffällig starke, wilde Wehen. M.m. verschlossen; die beiden Beckenbänder schwach eingesunken und das Euter wenig gespannt. Drei Tage später erfolgte die Geburt; da die Nachgeburt nicht abgegangen

war, so verordnete Wyssmann täglich 2 mal Uterusspühlungen mit ½% Septoformalösung. Befund am 16. Februar: Das rechte Bauchviertel ist sehr stark vergrössert, weich, nicht druckempfindlich, die Haut darüber gut verschiebbar, nicht gerötet. Die Perkussion unten matt, oben hell, stellenweise tympanitisch. Eine vollständige Reposition der Geschwulst ist unmöglich. Die Exploration per rectum ergab eine tiefe Lagerung des Dünndarmes. Exitus.

Aetiologisch glaubt Wyssmann eine innere Ursache annehmen zu müssen und zwar wäre das Zerreissen der Bauchdecken durch die heftigen Geburtsanstrengungen verursacht worden. Die bald nach der Geburt sich einstellende Indigestion, sowie die Verwachsung des Netzes mit der Bauchpforte, Bauchsack und Peritoneum der rechten Flanke deuten auf einen entzündlichen Vorgang hin, der sich unzweifelhaft im Anschluss an die Geburt entwickelt hat.

C. Dissertationen.

Dr. A. Simon, Bern:

Anatomisch-Histologische Untersuchungen der Ovarien von 95 kastrierten Kühen.

Aus dem Veterinär-anatomischen Institut der Universität Bern: Prof. Dr. Rubeli.

(Buchdruckerei F. Sutter & Cie., Rixheim, 1904.)

Es handelt sich um eine 104 Seiten starke, äusserst fleissige und tüchtige Dissertation.

Auf den ersten 72 Seiten wird eine genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung der 95 untersuchten Ovarien gegeben, hierauf werden die erhaltenen Resultate zusammengestellt:

Gewicht und Maasse der rechten Ovarien sind durchschnittlich grösser als die der linken. — *Die Oberfläche* war bei den meisten Ovarien mit teils strahligen, teils strichförmigen Narben bedeckt (Entstanden durch das Einreissen oder durch das manuelle Zerdrücken von Cysten Zschokke); neben diesen fand Simon auf der Oberfläche einer Anzahl von Eierstöcken bis zu 1,6 cm lange Zotten. Bezüglich der Genese bringen

HIS und ZSCHOKKE diese letztern in direkte Beziehung zum Corpus luteum.

Eierstockepithel: Dieses war (mit einer einzigen Ausnahme) geschwunden, was sich auf den Umstand zurückführen lässt, dass die Kühe, von denen die Eierstöcke stammen, durchnittlich ältere Tiere waren.

Albuginea: Sie war überall deutlich vorhanden und durchschnittlich 1 mm dick. Sie lässt sich unschwer in drei Lagen trennen, deren Grundgewebe aus Bindegewebs- und elastischen Fasern zusammengesetzt ist.

Stratum parenchymatosum: Die Dicke schwankt zwischen 1,32 und 5,3 mm. In der Grenzzone (Rindenzone nach HIS) sieht man mehr oder weniger deutlich radiär zur Oberfläche verlaufende Gefässe abbiegen und der Innenfläche der Albuginea entlang weiterziehen. Diese Grenzzone enthält die Primärfollikel.

Das Strat. parenchymat. besteht bei allen untersuchten Ovarien aus filzartig mit einander verflochtenen Bindegewebszügen. In der tieferen Schicht sind die Gefässe sehr zahlreich vorhanden; hier finden sich hauptsächlich grössere Follikel, welche von einem dicken Gefässnetz eingerahmt werden. Gegen die Mitte des Ovariums geht das Strat. parenchymat. ohne scharfe Grenze in die Zona vasculosa über.

Zona vasculosa: Dieselbe besteht in allen untersuchten Ovarien aus einer bindegewebigen Grundsubstanz und enthält zahlreiche Gefässe. Letztere treten auf als im allgemeinen dickwandige, geschlängelte Arterien und dünnwandige Venen mit klaffendem Lumen. Die Venen sind meist sehr weit und bilden manchmal sinöse Räume.

Primärfollikel: Dieselben liegen, wie oben angegeben, in der Grenzzone des Stratum parenchymatosum. *Bei sämtlichen untersuchten Ovarien fällt nun ihre äusserst geringe Zahl besonders auf.* In manchen Ovarien fand *Simon* die Eizellen der Primärfollikel degeneriert und in homogene, kugelige Klumpen, welche deutlich eine konzentrische Schichtung zeigten, umgewandelt.

Follikel: Die Zahl der mittleren und grösseren Follikel ist in den meisten der untersuchten Ovarien eine relativ kleine. In mehreren Organen ist nur eine ganz geringe Anzahl derselben nachzuweisen. Der grösste Teil dieser Follikel macht nun verschiedenartige Veränderungen durch, welche nach und nach zur völligen Atresie führen. Die atretischen Follikel werden event. durch den konzentrischen Druck des Ovarialstromas und durch die sich ausdehnenden übrigen Follikel komprimiert

und es bleiben vielgestaltige gelbliche, homogene, zellarme, gegen das übrige Ovarialstroma scharf abgesetzte Gebilde übrig. Nach längerer Zeit schwinden auch diese, indem sie durch das übrige Ovarialgewebe allmählig substituiert werden.

Cysten: Es kommen meist 3—4 grössere Cysten vor und zwar sowohl in der Tiefe der Organe, als auch mehr oberflächlich. Die kleineren Cysten findet man gewöhnlich etwas mehr im Zentrum und nur durch ihre allmählige Ausdehnung nähern sie sich der Oberfläche. Einige Ovarien bestanden fast ganz aus einer grossen, glattwandigen Cyste, durch welche das Stratum parenchymatosum zum grössten Teil zerstört worden war.

Sämtliche Cysten sind aus Follikeln hervorgegangen, dafür spricht der häufige Befund von grossen, geblähten, degenerierenden Granulosazellen, welche der Innenzone aufliegen.

Von der grössten Wichtigkeit ist die Frage nach der *Aetiologie und Pathogenese dieser Cysten.* In neuerer Zeit glaubt man, wie Zschokke angibt, die Cystenentwicklung auf eine chronische Oophoritis mit sekundärer Verdickung der Albuginea zurückführen zu müssen, indem man annimmt, dass bei diesem Zustand der Druck der Follikelflüssigkeit nicht ausreicht, um diese Hülle zu sprengen.

Gegen diese Ansicht wendet Simon ein, dass er bei keinem der Ovarien eine Verdickung der Albuginea vorgefunden habe und dieselben trotzdem durchschnittlich in hohem Grade cystös entartet waren. Er glaubt die Cystenentstehung aus der Struktur ihrer Wandungen erklären zu können, ohne auf die Entwicklung oder Nichtentwicklung des gelben Körpers Rücksicht zu nehmen.

Corpus luteum: Frische oder heranwachsende gelbe Körper konnte Simon in keinem der untersuchten Ovarien nachweisen; die wenigen in den Präparaten vorhandenen Corpora lutea waren alle schon mehr oder weniger in regressiver Metamorphose begriffen.

Das Literaturverzeichnis führt nicht weniger als 149 einschlagende Arbeiten auf; die gynækologische Fachliteratur ist eingehend gewürdigt.

Auf 4 Tafeln werden 8 hübsche mikroskopische Abbildungen beigegeben.

Dr. A. Stäheli, Kappel (Kt. St. Gallen):

Zur Biologie des Streptococcus mastitidis contagiosae.

Aus dem bakteriologischen Institut der vet.-med. Fakultät der Universität Zürich:
Prof. Dr. Zschokke.
(Druck von L. Schumacher, Berlin, 1904.)

Die seit 7 Jahren am vet.-pathologischen Institut Zürich ausgefürten amtlichen Untersuchungen von Milchproben auf *Agalactia catarrhalis contagiosa* haben hinsichtlich der veranlassenden Krankheitserreger eine Reihe so eigentümlicher Tatsachen gezeitigt, dass es angezeigt erscheint, diese Krankheit noch weiter zu verfolgen.

Durch die Untersuchungen von Prof. Zschokke ist festgestellt worden, *dass verschiedene Formen von Streptokokken in gelbgaltiger Milch anzutreffen sind*, nämlich: *vielgliedrige* (lange), *wenigglicdrige* (kurze) und *feingliedrige*, ohne dass es möglich war, für jede Form spezifische Krankheitssymptome oder Grade zu erkennen.

Stäheli stellte sich daher 3 Fragen zur eventuellen Beantwortung:

1. Sind die drei genannten Streptokokkenformen des gelben Galtes verschiedene Arten oder nur Varietäten einer Art?

2. Welche äusseren Einflüsse bedingen eine Aenderung der Eigenschaften der genannten Krankheitserreger?

3. Hat auch das Tier Einfluss auf die Gestaltung und Virulenz dieser Pilze?

Nach einem geschichtlichen Ueberblick der schwebenden Fragen wird die in Anwendung gebrachte Untersuchungsmethode und das Material besprochen. Weitere Kapitel behandeln: Die Kulturen im allgemeinen; die Morphologie der Pilze; die Tierimpfungen; die Versuche beim Rind und die Agglutination.

Die Resultate der Untersuchungen werden in folgende *Schlussfolgerungen* zusammengefasst:

1. Die bei der Agalactia contagiosa in der Milchdrüse vorgefundenen Streptokokken können trotz ihrer Formverschiedenheit **nicht** *als verschiedene Arten aufgefasst werden. Sie sind je nach den äusseren Einflüssen so variabel, dass weder die Länge der Ketten, noch die Grösse der Glieder einer Artenbestimmung zugrunde gelegt werden kann.*

2. Als Momente, welche Wachstum und Gestaltung der Gelbgalt-Streptokokken beeinflussen, sind zu nennen: Qualität des Nährbodens, Temperatur, sowie die vitalen Widerstände der tierischen Zellen.

3. Die Reaktion der Tiere gegenüber Gelbgalt-Infektion im Euter ist sehr verschiedenartig. Konstant ist eine Abnahme der Milchsekretion und das Auftreten von Leukocyten. Weniger regelmässig ist das Auftreten von Fieber, sowie die Phagocytose.

4. Bei längerem Bestehen der Krankheit zeigen sich im Blute Agglutine.

VII.

Ausländische Litteratur.

Prof. Dr. A. DÖDERLEIN, Tübingen:

Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs.

(Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1904.)

Der ganz vorzügliche DÖDERLEIN'sche Leitfaden erscheint in 6. Auflage, hat also eine Empfehlung nicht mehr nötig. 150 äusserst klare und instruktive Abbildungen sind beigegeben.

Der Student wie der Arzt werden aus der Lektüre stets reichliches Wissen und reichliche Anregung schöpfen.

Das Format des 192 Seiten starken Leitfadens ist so gewählt, dass man denselben als treuen Begleiter und Consiliarius bequem in der Tasche mitführen kann. Preis: Fr. 5. 40.

Dr. Otto DORNBLÜTH, Frankfut a. M.:

Diätetisches Kochbuch.

(A. Stubers Verlag [C. Kabitzsch], Würzburg.)

DORNBLÜTH beschenkt uns mit der zweiten, völlig umgearbeiteten Auflage seines diätetischen Kochbuches. Wenn wir bedenken, wie wenig wir Aerzte gewöhnlich punkto rationeller Kochkunst verstehen, so müssen wir mit Freuden die Gelegenheit ergreifen, uns durch das vorliegende Opus unterrichten und belehren zu lassen. Preis: Fr. 7. 25.

Prof. Dr. G. Edebohls, New-York:

Die chirurgische Behandlung der chronischen Nierenentzündung.
The Surgical Treatment of Bright's Disease.

(Frank F. Lisiecki, Publisher, 9 to 15 Murray Street, New-York, 1904.)

Um den zahlreichen Anfragen der Aerzte betreffs der chirurgischen Behandlung der chronischen Nierenentzündung gerecht zu werden, hat Edebohls in einem hübschen Bande von 327 Seiten seine früheren Arbeiten auf diesem Gebiet, sowie 72 selbst operierte Fälle zusammengestellt und daraus seine Schlussfolgerungen gezogen.

Mitteilungen aus der gynækologischen Klinik des
Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors.

(Verlag von S. Karger, Berlin, 1904.)

Wir haben schon in *Gynæcologia Helvetica IV* auf Seite 317 dieser Mitteilungen Erwähnung getan. Jetzt liegt das 3. Heft des 6. Bandes vor.

Den Reigen der Arbeiten beginnt Engström selbst, mit: « *Beobachtungen von hochgradiger Lockerung und Dehnbarkeit der Schamfuge während der Schwangerschaft und Zerreissung derselben während der Entbindung.* » Die Arbeit ist, wie wir dies von Engström nicht anders gewohnt sind, reichlich dokumentiert. Eine Röntgen-Aufnahme ist beigegeben. Dann folgt Tahvo Rytköla mit: « *Drei Fälle von grosser Geschwulst des weiblichen Beckens.* » Hier sind zwei Röntgen-Aufnahmen eingefügt. Abermals gibt uns Engström eine sehr interessante Bearbeitung von: « *Drei klinisch beobachtete Fälle von spondylolisthetischen Becken.* » Drei Photographien illustrieren die Lendengegend der mit Spondylolisthesis behafteten Frauen und zwei Röntgen-Aufnahmen die Verhältnisse der Wirbelsäule etc. G. Ahlström beschreibt: « *Zwei Kaiserschnitte wegen narbiger Verengerung der weichen Geburtswege* »; auch hier wie in sämtlichen in Frage kommenden Publikationen genaues Eingehen auf die Litteratur. Folgen: « *Zwei Fälle von Sectio cæsarea bei engem Becken* » von L. Peterson. Den Reigen schliesst als vorzüglicher Chef Engström selbst mit einer sehr lesenswerten Arbeit: « *Ueber Dystopie der Niere in klinisch-gynækologischer Beziehung* ».

Die hier kurz angeführte Inhalts-Übersicht zeigt klar und deutlich wie ernst es ENGSTRÖM mit seinen Pflichten nimmt und wie er seinen Assistenten stets mit leuchtendem Beispiel voranzugehen pflegt. Preis: Fr. 4.75.

Prof. L. H. FARABEUF und Dr. H. VARNIER, Paris:

Einführung zum klinischen und praktischen Studium der Geburtshilfe.

Introduction à l'étude clinique et à la pratique des Accouchements.

(Georges Steinheil, Editeur, Paris.)

Hier handelt es sich wohl um eines der besten französischen Bücher geburtshülflichen Inhaltes. Die beigegebenen 362 Abbildungen sind künstlerisch ausgeführt.

Abgehandelt werden die Anatomie, die Stellungen und Lagen des Fœtus, der Geburtsmechanismus; die geburtshülfliche Untersuchung (diese ist ein wahres Meisterstück), die Wendung, Extraktion und Zange.

Es ist ein wahrer Genuss, das wunderbar ausgestattete Buch zu durchgehen. Papier und Druck non plus ultra! Preis: Fr. 15.—.

Doc. Dr. R. FREUND, Halle a. S.:

Zur Lehre von den Blutgefässen der normalen und kranken Gebärmutter *.

Mit 26 kolorierten Abbildungen auf 17 Tafeln.

(Verlag von Gustav Fischer in Jena, 1904.)

Das sehr lesenswerte Opus stammt aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik und dem kgl. anatom. Institut zu Halle und ist W. A. FREUND gewidmet. Besprochen werden der Reihe nach: Der Stamm der Art. ute-

* *Bemerkung des Ref.:* Es wäre sehr zu wünschen, dass *R. Freund* seine interessanten Untersuchungen auch auf die Retroflexio uteri ausdehnt; vielleicht könnte dadurch eine einheitlichere Basis für die so auseinandergehenden Ansichten der Therapie dieser Affektion geschaffen werden.

terina; die Gefässverhältnisse beim Fœtus und Neugeborenen; die Kapillarnetze; die Gefässverhältnisse am kindlichen præmenstruellen und partalen Uterus; Präparate frisch menstruierender Uteri. Im pathologischen Teil werden abgehandelt: Postmenstruelle Zeit; Aktive und passive Kongestion; Myome; Karzinome; Alterserscheinungen und Gefässerkrankungen; Symptomatologie.

Die kolorierten 17 Tafeln sind wahrhafte Kunstwerke. Preis: Fr. 2.40.

Prof. Dr. H. Fritsch, Bonn:

Geburtshilfe.

Eine Einführung in die Praxis.

(Verlag von S. Hirzel, Leipzig 1904.)

Fritsch wünscht in der vorliegenden Geburtshilfe dem vorgeschrittenen Studenten und dem jungen Arzte ein Buch an die Hand zu geben, das ihm ein Ratgeber in der Praxis, ein Leitfaden im Zweifel und eine Stütze bei Unsicherheit des Entschlusses sein soll.

Die Gruppierung des Stoffes wurde mehr von der Logik, als von den traditionellen Einteilungsprinzipien abhängig gemacht.

Wenn man bedenkt, dass Fritsch nun 30-jährige Erfahrungen als Lehrer der Geburtshilfe zu Gebote stehen, so wird man wohl begreifen, dass die vorliegende Geburtshilfe als eine subjektive Bearbeitung des Stoffes neben zahlreichen ähnlichen Lehrbüchern dennoch eine markierte Stellung einnimmt, die sowohl der Student, als auch der Arzt und Spezialarzt immer mit Nutzen durchgehen wird. Dem Text sind 73 Abbildungen beigegeben. 467 Seiten stark. Preis: Fr. 13.50, geb. Fr. 14.85.

Dr. Fr. Jürss, Rostock:

Beiträge zur Kenntnis der Wirkungen einiger als Volksabortiva benutzten Pflanzen, Tanacetum, Thuja, Myristica.

(Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1904.)

Es handelt sich um eine 12 Seiten starke Broschüre, der ein Vorwort von Prof. R. Kobert beigegeben ist. 3 hübsche, farbige Tafeln illustrieren

die Veränderungen in der Kaninchen- und Meerschweinchenleber nach Myristicin- resp. Isomyriisticinvergiftung.

Zahlreiche Versuche an Fröschen, Schildkröten, Fischen, Vögeln etc. geben der vorliegenden Arbeit, die hauptsächlich vom Gerichtsarzt mit Vorteil studiert werden wird, eine streng wissenschaftliche Grundlage. Preis: Fr. 4.75.

Doc. Dr. Erwin Kehrer, Heidelberg:

Die physiologischen und pathologischen Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zum Tractus intestinalis und besonders zum Magen.

(Verlag von S. Karges, Berlin, 1905.)

Publikationen wie die vorliegende zeigen immer wieder auf's neue, wie ernst es der deutsche Frauenarzt und Forscher mit seiner Disziplin nimmt. Wenn wir nur an « Uterus und Herz » von Kisch, an « Die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten für die Gynækologie » von Krönig, an « die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett » von Fellner denken, so sind wir freudig überrascht, ein weiteres einschlagendes Opus diesen eben genannten anfügen zu können.

Solche Arbeiten bewahren uns vor Verflachung; sie rufen uns stets in Erinnerung, dass wir ob dem Einzelnen das Ganze nicht vergessen dürfen.

Es würde zu weit führen, das Inhaltsverzeichnis der Kehrer'schen, sehr fleissigen, 215 Seiten starken Abhandlung vollständig wiederzugeben; wir können hier nur versichern, dass jeder aus der Lektüre reichen Gewinn für sich und seine Schutzbefohlenen schöpfen wird. *Abgehandelt werden* unter anderm: Die Magenveränderungen zur Zeit der Menstruation; Verhalten der Magensekretion in der Schwangerschaft; Verhältnisse der Magensekretion bei fiebernden Wöchnerinnen; Verhalten der Motilität des Magens in der Schwangerschaft und im Wochenbett; Vomitus-Ptyalismus und Hyperemesis gravidarum; Hämatemesis-unstillbare Diarrhœen und Blutdurchfälle in der Schwangerschaft; Aetiologie der nervösen Beziehungen zwischen Genital- und Magendarmerkrankungen; die Magenbeschwerden bei der Menstruation; Bezie-

hungen zwischen Ovarial- und Magenkarzinom und zwischen Uterus- und Magenkarzinom; Hämatemesis nach gynækologischen Operationen* etc. etc. Preis: Fr. 7.55.

Dr. F. Kermauner, Heidelberg**:

Beiträge zur Anatomie der Tubenschwangerschaft.

(Verlag von S. Karger, Berlin, 1904.)

Die Kermauner'sche Broschüre ist 137 Seiten stark; es liegen derselben 40 eigene, detailliert untersuchte Fälle (Grazer- und Heidelberger Frauenklinik unter von Rothorn) zu Grunde und nicht weniger den 43 makroskopische und mikroskopische Abbildungen. Zusammenhängend werden am Schlusse der äusserst fleissigen Arbeit besprochen: Sitz des Eies; Ausgang nach dem Sitz; Makroskopische Diagnose der Schwangerschaft; mikroskopische Diagnose; Zeitpunkt der Unterbrechung der Schwangerschaft; Blutungen aus dem Genitale; Einbettung des Eies; Reflexa; Struktur der Capsularis; Deportation; Kolumnare und interkolumnare Einbettung; Einbettung im Divertikel; Decidua in der Tube; Veränderungen am Uterus; Peritoneum; Aetiologie.

Das Litteraturverzeichnis führt 75 Arbeiten auf. Preis: Fr. 8.10.

Prof. Dr. Heinrich Kisch, Prag:

Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygieinischer Beziehung.

(Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1904.)

In *Gynæcologia Helvetica IV*, pag. 324 haben wir bereits die Gelegenheit wahrgenommen, die ersten beiden Abteilungen des *Kisch*'schen Werkes zu besprechen; nun liegt in der dritten Abteilung der Schluss

* Siehe *Correspondenz-Blatt* f. Schw. Aerzte, 1899, N° 18: *Doc. Dr. O. Beuttner:* « Ueber Erbrechen kaffeesatzartiger Massen nach gynækologisch-geburtshülflichen Narkosen ».

** Auch in der « Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie ». Bd. XX. Ergänzungsheft veröffentlicht.

des Opus vor. Derselbe behandelt noch wichtige Gebiete der Geschlechtsepoche der Menakme und die gesammte Epoche der Menopause. Es sei dem Referent gestattet, auch diesesmal dem nun vollständig vorliegenden Werke *Kisch's* einen vollen Erfolg zu wünschen. Preis: Fr. 8.10.

Prof. Dr. Küstner, Breslau:

Kurzes Lehrbuch der Gynækologie.

(Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1904.)

Es handelt sich um ein in jeder Beziehung ganz vorzügliches Lehrbuch, das von Bumm, Döderlein, Karl Gebhard, v. Rosthorn und Küstner bearbeitet worden ist, und zwar handelt es sich um die zweite, neuüberarbeitete Auflage mit 1 Tafel und 298 teils farbigen Abbildungen im Text.

Das vorliegende Buch ist in erster Linie für den Studenten geschrieben und gibt so eine Ergänzung der grossen, medizinischen Disziplin; besonderes Gewicht wurde auf die Darstellung der wissenschaftlich exakten Auffassung der Gynækolegie gelegt, daneben wurde aber auch die praktisch-klinisch-therapeutische Seite nicht vernachlässigt; so sind die Operationen der Gross- und Kleingynækologie ausführlich beschrieben.

Sätze und Abschnitte, welche etwas Lehrsatz- oder Grundsatzähnliches sagen sollen, sind in Kursivschrift gehalten.

Man darf wohl ohne jede Uebertreibung sagen, dass das Küstner*'sche kurze Lehrbuch der Gynækologie sowohl was Redaktion, als was Illustration, Papier, Druck und Preis anbelangt, von keinem ähnlichen Werke erreicht wird.* Preis: Fr. 10.10, geb. Fr. 12.15.

Dr. Theodor Landau, Berlin:

Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden.

(Verlag von August Hirschwald, Berlin, 1904.)

Th. Landau gibt auf 82 Seiten eine gut dokumentierte Studie über « Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden ».

Jedes der 6 Kapitel bringt als Einleitung eine übersichtliche Inhaltsangabe.

Zum Schlusse macht Th. Landau auf die *Sigmoiditis* aufmerksam:

« Viele Affektionen gynækologischer Natur treten sehr oft gerade zu diesem Teile des Darmtraktus in Beziehung, so dass man meines Erachtens über « Sigmoiditis und deren Beziehungen zur Gynækologie » vielleicht ebensoviel sagen kann, wie über das Thema « Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden ».

Die Lektüre der vorliegenden Publikation gibt mannigfache Anregungen, für die wir dem Autor nur dankbar sein können. Preis: Fr. 2.70.

Anmerkung des Ref.: Dr. A. Mayor von Genf hat bereits im Jahre 1903 auf entzündliche Affektionen der linken Fossa iliaca aufmerksam gemacht, denen er den Namen *Sigmoiditis* und *Perisigmoiditis* beilegte; im Jahre 1896 hat er des weiteren in der Gesellschaft der Aerzte der französischen Schweiz einen weiteren, einschlagenden Fall mitteilen können (Sur une variété d'Entérite iliaque. Rev. Méd. de la Suisse rom. 1893).

Prof. Dr. M. Lange, Königsberg i. B:

Vademecum der Geburtshülfe für Studierende und Aerzte.

(A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch) Würzburg, 1904.)

Das bereits bestens eingeführte Lange'sche *Vademecum* erscheint in dritter, vermehrter und umgearbeiteter Auflage; auch die Ausstattung ist eine sehr reichhaltige geworden (118 Abbildungen).

Das charakteristische an dem vorliegenden Vademecum ist die intensive Kondensation des Gebotenen, was gleichbedeutend ist mit ausserordentlicher Reichhaltigkeit.

Wir können daher das Lange'sche Vademecum ganz besonders dem in die Praxis tretenden Arzte aufs Allerbeste empfehlen. Preis: Fr. 6.—.

Doc. Dr. L. Mandl und Dr. O. Bürger, Wien:

Die biologische Bedeutung der Eierstöcke nach Entfernung der Gebärmutter *.

Mit 6 Abbildungen und 14 Kurven im Text, sowie 13 Tafeln im Anhang. (Verlag von Franz Deutike, Leipzig und Wien, 1904.)

Nach einem historischen Ueberblick der uns interessierenden Frage, nach Berücksichtigung der Tierexperimente und histologischen Untersuchungen, werden eingehend die klinischen Untersuchungen besprochen, die sämtlich der Schauta'schen Klinik entstammen: es werden der Reihe nach abgehandelt: 1. Supravaginale Amputation, Totalextirpation des Uterus per abdomen mit Entfernung der Ovarien; 2. Supravaginale Amputation, Totalextirpation des Uterus per laparotomiam mit Belassung eines oder beider Ovarien; 3. Vaginale Totalextirpation des Uterus wegen Myom mit Entfernung der Ovarien; 4. Vaginale Totalextirpation des Uterus wegen Adnexerkrankung mit Entfernung der Ovarien; 5. Vaginale Totalextirpation des Uterus mit Belassung beider Ovariien; 6. Vaginale Totalextirpation des Uterus mit Belassung eines Ovariums.

Nach einer Zusammenfassung der erhaltenen Resultate folgen noch Untersuchungen über die Energie der Lebensfunktionen des Weibes nach Entfernung der Gebärmutter mit und ohne Anhänge.

Das lehrreiche Opus ist 240 Seiten stark; es wird den nach Erkenntnis strebenden Gynækologen auf's Höchste interessieren. Preis: Fr. 9.45.

* Es ist sehr erfreulich zu konstatieren, dass die *Schauta*'sche und die *Chroback*-sche Klinik oft einander in der Lösung wichtiger Fragen gegenseitig unterstützen; so verbreitet sich *Keitler* in der « Monatsschrift für Geburtshülfe und Gyn. », Bd. XX, Ergänzungsheft, p. 686: « Ueber das anatomische und funktionelle Verhalten der belassenen Ovarien nach Exstirpation des Uterus ». Das verarbeitete Material entstammt der *Chroback*'schen Klinik.

Dr. R. Müllerheim, Berlin:

Die Wochenstube in der Kunst.

Eine kulturhistorische Studie.

(Verlag von F. Enke, Stuttgart, 1904.)

Diejenigen Aerzte, die neben ihren med. Studien auch noch « Kunst betreiben », werden mit Freuden das Müllerheim'sche Werk begrüssen, das Wilhelm Alexandre Freund gewidmet ist.

Reproduziert und besprochen werden nicht weniger als 138 einschlagende Tableaux, die folgende Sujets behandeln: Wochenstube, Bett, Geburtsstuhl, Pflege der Wöchnerin, Pflege, Kleidung, Ernährung und Bett des Kindes, Glaube und Aberglaube in der Wochenstube etc.

Das Müllerheim'sche Opus ist in Gross-Format, mit vorzüglichem Papier und Druck, wie man es eben von F. Enke stets gewohnt ist. Preis: Fr. 21.60.

Prof. Dr. Wilh. Nagel, Berlin*:

Gynækologie für Aerzte und Studierende.

(Verlag von Fischers Mediz. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin, 1904.)

Die *Nagel'sche Gynækologie* erscheint in zweiter vermehrter und verbesserter Auflage; sie versucht in erster Linie den *Bedürfnissen* des in die *allgemeine Praxis eintretenden Arztes* gerecht zu werden. Dieses Ziel hat sie auch vollkommen erreicht durch eine klare Ausdrucksweise und 68 hübsche, dem Text beigegebene Abbildungen. Ein weiterer Vorzug der *Nagel'schen Gynækologie* basiert auf *33 instruktiven Tafeln,* die folgende Operationen und pathologische Zustände aufs Beste illustrieren (die Tafeln sind von dem Kunstmaler Fr. Trohse nach der Natur gezeichnet):

1. Alexander Adam'sche Operation; 2. Totalexstirpation des Uterus durch Laparotomie; 3. Carcinoma corporis uteri und colli uteri; 4. Naht des Cervixrisses; 5. Totalexstirpation des Uterus durch die Scheide; 6. Discisio orificii uteri externi; 7. Entzündlicher Adnextumor und geplatzte

* In *Gyn. Helvet.* III, p. 265, haben wir bereits Gelegenheit gehabt, die von *Nagel* herausgegebene « *Operative Geburtshülfe für Aerzte und Studierende* » zu besprechen.

Tubenschwangerschaft aus den ersten Wochen; 8. Unvollendeter Tubenabort, Eierstock und seine Bänder; 9. Chronisch entzündeter Eierstock mit zahlreichen Graaf'schen Follikeln; Completer Dammriss; 10. Längsdurchschnitt durch ein Becken mit Descensus vaginae und Elongatio colli uteri; 11. Completer Dammriss, Naht des Rektum; 12. Colporrhaphia anterior: Anfrischungsfigur und Naht; 13. Colporrhaphia posterior: Anfrischungsfigur und Naht; 14. Amputatio colli uteri; 15. Operation einer Blasen-Scheidenfistel; 16. Verengerung der Harnröhrenmündung; 17. Dammplastik durch Lappenbildung. 420 Seiten stark. Preis: Fr. 13.50.

Prof. Dr. G. C. NIJHOFF, Groningen:

Fünflingsgeburten.

(Verlag von J. B. Wolters, Groningen, 1904.)

NIJHOFF veröffentlicht in Atlasform einen neuen, von Dr. BLÉCOURT in Hees beobachteten Fall von Fünflingsgeburt; die dabei zu Tage geförderten Früchte, nebst Placenta, werden durch 9 vorzüglich ausgeführte Tafeln illustriert. Eine zehnte Tafel repräsentiert das Innere einer Gebärstube in Scheveningen, in der im Jahre 1719 ebenfalls Fünflinge zur Welt kamen. Dann folgt eine Fünflingsgeburt aus dem Jahre 1796; daran schliesst sich eine Casuistik von 27 Fällen von Fünflingsgeburt mit Tafel 11 (Fall Dr. S. J. Mathews).

Nach einer analytischen Uebersicht der erwähnten Fälle folgt im Anhang eine Sechslingsgeburt, mit entsprechender Abbildung auf Tafel XII und « die Siebenlinge von Hameln », mit Illustration auf Tafel XIII.

Zum Schlusse gibt Nijhoff eine chronologische Uebersicht der mitgeteilten Beobachtungen.

Der Text ist in deutscher und holländischer Sprache abgefasst. Zwei stereoskopische Photographien sind beigegeben.

Die geburtshülflichen Lehranstalten werden sich gerne diesen neuen Demonstrations-Atlas zulegen.

Dr. L. Pincus, Danzig:

Belastungslagerung.

Grundzüge einer nichtoperativen Behandlung chronisch-entzündlicher Frauenkrankheiten und ihrer Folgezustände.

(Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1905,)

Eine 152 Seiten starke Broschüre, welche die klinisch-kasuistische Bearbeitung des gesamten Materiales des Verfassers bringt. Wichtige Neuerungen, wie die Behandlung der Blutarmut, der Sympathikusneurosen, die Methode der Rückenmarksdehnung, die Kolpeuryntermassage, die Entwicklung der gynækologischen Untersuchung in Mittelhochlagerung und u. a. m. gliedern sich als ergänzende Teile dem Ganzen an.

25 Abbildungen erläutern auf's Beste die in Betracht kommenden Instrumente und Manipulationen

Das Pincus'sche Buch sei den Praktikern zur Lektüre anempfohlen Preis: Fr. 4.90.

Doc. Dr. A. Rielländer, Marburg:

Das Paroophoron.

Vergleichend anatomische und pathologisch-anatomie Studie.

(Verlagsbuchhandlung N. G. Elwert, Marburg, 1904.)

Die vorliegende, 119 Seiten starke Habilitations-Schrift stammt aus dem pathologischen Institut zu Marburg. Untersuchungen wurden angestellt an Kalbsfœten, an Schafsfœten, an Schweinen, an Kälbern, an Schafen, an Ziegen, an Meerschweinchen, an menschlichen Fœten und Neugeborenen, an Kindern im Alter von vier Monaten bis zu fünf Jahren und an Erwachsenen.

Rielländer gibt dann einen vergleichenden Rückblick der uns interessierenden Frage und stellt zum Schlusse seine Befunde in 16 kurzen Sätzen zusammen.

Dem Text sind 11 mikroskopische Abbildungen beigegeben, zudem gibt eine Tafel 6 Schemata der innern Geschlechtsorgane (Paroophoron in Farben) vom Menschen, vom Meerschweinchen, vom Schaf, vom Schwein, vom Kalb und von der Ziege.

Wie jeder aus den vorhergehenden Zeilen selbst zu schliessen vermag, präsentiert uns Rieländer in seinen Untersuchungen eine jener Habilitationsschriften, die einen festen Schritt vorwärts in einer bestimmt umschriebenen Frage bedeuten. Das Litteraturverzeichnis führt 99 Arbeiten auf.

Dr. W. Risel, Leipzig:

Ueber das maligne Chorionepitheliom und die analogen Wucherungen in Hodenteratomen.

Arbeiten aus dem pathologischen Institute zu Leipzig.

Herausgegeben von *F. Marchand.* Heft 1.

(Verlag von S. Hirzel, Leipzig, 1903.)

Zuerst wird *das maligne Chorionepitheliom* abgehandelt und zwar in folgenden Kapiteln: a. Das maligne Chorionepitheliom im Allgemeinen; b. Die Blasenmole und ihr Verhältnis zum malignen Chorionepitheliom c. Nachweis des Zusammenhanges des Geschwulstgewebes in Chorionepitheliomen mit dem Epithelüberzug noch erhaltener Chorionzotten; d. Die metastatischen Chorionepitheliome ohne Geschwulstbildung im Uterus oder in den Tuben. e. Theorien über die Ursachen der malignen Wucherungen des Chorionepithelioms. Anhangsweise folgt eine Besprechung des malignen Chorionepithelioms in den neueren Lehrbüchern. Risel beschreibt dann 6 eigene Fälle von malignem Chorionepitheliom und 2 Fälle von chorionepitheliomverdächtigen Wucherungen nach Blasenmole bezw. Abort ohne Entwicklung einer malignen Neubildung.

Der zweite Teil des 170 Seiten starken Opus bespricht *die chorionepitheliomartigen Wucherungen in Hodenteratomen.* Nach einer Uebersicht über die bisherige Litteratur folgen zwei eigene Beobachtungen; zum Schlusse bespricht *Risel* das Verhältnis des malignen Chorionepithelioms des Weibes zu den chorionepitheliomartigen Wucherungen in Teratomen.

Das Litteraturverzeichnis führt 131 einschlagende Arbeiten an.

Auf 3 Tafeln werden 11 mikroskopische Abbildungen wiedergegeben.

Dass es sich um eine gediegene Arbeit handelt, dafür bürgt schon der Name Marchand. Preis: Fr. 9.45.

Prof. Dr. Max Runge, Göttingen:

Der Krebs der Gebärmutter.

Ein Mahnwort an die Frauenwelt.

(Verlag von Julius Springer, Berlin, 1905.)

Runge richtet sein Mahnwort in eindringlicher Weise an die Frauen. Die 22 Seiten starke Broschüre liest sich sehr leicht und wollen wir hoffen, dass sie eine weitere Waffe des Kampfes gegen den Uteruskrebs abgebe.

Jede Broschüre enthält am Schlusse einige Merkblätter, die bestimmt sind, herausgenommen und unter die Frauen verteilt zu werden.

Preis: Fr. 1. 35.

Doc. Dr. Osk. Schæffer, Heidelberg:

Ursachen und Verhütung von Frauenkrankheiten.

(Ernst Heinrich Moritz, Stuttgart, 1904.)

Das vorliegende, 94 Seiten starke Büchlein ist aus den Volkshochschulkursen hervorgegangen, welche Schæffer in Mannheim gehalten. Es hat also die Feuerprobe in jeder Hinsicht bestanden.

Besprochen werden, in einem für das weibliche Geschlecht leicht verständlichen Stil, die Menstruation und ihre Störungen; die Entzündungen der Beckenorgane, deren Folgen und Vermeidung, die Verlagerungen der inneren Geschlechtsorgane, deren Folgen und Vermeidung; das Vorkommen von Geschwülsten etc.

Die Aerzte möchten das wirklich anziehend und mit 21 Abbildungen versehene Werkchen recht oft ihren Patientinnen zur Lektüre anempfehlen; das wünscht der Referent von Herzen. Preis: Fr. 1. 60, geb. Fr. 2.—.

Prof. Dr. F. Schauta und Dr. F. Hitschmann, Wien:

Tabulæ Gynæcologicæ.

(Verlag von Franz Deutike in Leipzig und Wien.)

Es handelt sich um 29 farbige, mikroskopische Tafeln auf transparenter Leinwand, welch' erstere, die wichtigsten Gebiete umfassend, al-

len rigorosen Forderungen zu entsprechen geeignet sind, um das mikroskopische Bild im Unterrichte zu ersetzen.

Der klinische Lehrer wird dieses neue Demonstrationswerk mit Freuden begrüssen und ebenso derjenige Gynækologe, der sich die Anschaffung solcher Prachtswerke gestatten darf.

Der erläuternde 60 Seiten starke Text ist in deutscher, französischer und englischer Sprache abgefasst. Preis: Fr. 162.—.

Dr. C. H. Stratz, den Haag*:

Die rechtzeitige Erkennung des Uteruskrebses.

Ein Wort an alle praktischen Aerzte.

(Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1904.)

Stratz gibt auf 53 Seiten eine sehr hübsche Bearbeitung der rechtzeitigen Erkennung des Uteruskrebses, die hoffentlich die Aerzte aufzurütteln im Stande ist, damit die Frühdiagnose des Gebärmutterkrebses immer häufiger gestellt werden möge. 25 Abbildungen im Text und 10 farbige Abbildungen der verschiedenen Collumkrebse erleichtern auf's Beste das Verständnis. Preis: Fr. 4.—.

Dr. C. H. Stratz, den Haag:

Naturgeschichte des Menschen.

Grundriss der somatischen Anthropologie.

Mit 342 teils farbigen Abbildungen und 5 farbigen Tafeln.

(Verlag von F. Enke, Stuttgart, 1904.)

Stratz verfolgt mit der Veröffentlichung seines neuesten Opus einen doppelten Zweck; es soll wissenschaftlich die Lehre vom menschlichen

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 336: *Prof. Dr. G. Winter:* « Die Bekämpfung des Uteruskrebses » und
diesen Jahrgang, pag. 238. *Prof. Dr. M. Runge:* « Der Krebs der Gebärmutter ». Ein Mahnwort an die Frauenwelt.

Körper, in lebendiger Gestaltung, mit reichem photographischem Anschauungsmaterial, auf der Grundlage der vergleichenden Anatomie, der Entwicklungsgeschichte und der Paläontologie aufbauen, dann soll es *allgemeinverständlich* und in weiteren Kreisen die wissenschaftlichen Bestrebungen und Ziele der *Menschenkunde* fördern helfen.

Unnötig zu sagen, dass Stratz die Aufgabe auch diesmal vorzüglich gelöst.

Das Buch ist 408 Seiten stark; die Illustration ist meisterhaft und Druck und Papier non plus ultra. Preis: Fr. 21.60.

VIII.

Verschiedenes.

A. Ernennungen.

Privat-Docent Dr. Bétrix in Genf: Zum Vize-Präsident der geburtshülflich-gynækologischen Gesellschaft der französischen Schweiz pro 1904/5.

Dito: Zum Rapporteur « Ueber die Frage des malignen Chorionepithelioms » am internationalen Gynækologen-Kongress 1906 in St. Petersburg.

Dito: Zum Ehrenpräsident der Sitzung vom 27. April 1903, der geburtshülflich-gynækologischen Sektion des 14. internationalen Kongresses für Medizin in Madrid.

Privat-Docent Dr. R. König in Genf: Zum Sekretär der geburtshülflich-gynækologischen Gesellschaft der französischen Schweiz (Demissionierender Sekretär: Doc. Dr. O. Beuttner).

Prof. Dr. Muret in Lausanne: Zum Präsident der geburtshülflich-gynækologischen Gesellschaft der französischen Schweiz pro 1904/5. (Abtretender Präsident: Prof. Dr. A. Jentzer.)

B. Statuten, Referate und Hebammenzeitungen.

Statuten der geburtshülflich-gynækologischen Gesellschaft der französischen Schweiz.

Art. I. — Unter dem Namen « Geburtshülflich-gynækologische Gesellschaft der französischen Schweiz » ist eine wissenschaftliche Gesellschaft gegründet worden, deren Zweck es ist, die Geburtshülfe und Gynækologie zu fördern. Der Sitz dieser Gesellschaft ist in Genf.

Art. II. — Es finden jährlich 6 Sitzungen statt, abwechselnd in einer der Universitätsstädte der französischen Schweiz. Die Einladungen zu den Sitzungen geschehen vermittelst der Post. Das Geschäftsjahr beginnt mit dem 1. November.

Art. III. — Um als Aktiv-Mitglied aufgenommen zu werden, muss der Kandidat (Autorisation im ganzen Gebiet der Schweiz zu praktizieren) eine wissenschaftliche Arbeit publiziert haben, die in das Gebiet der Geburtshülfe oder der Gynækologie einschlägt, oder er muss sich speziell mit Geburtshülfe und Gynækologie befasst haben. Er muss durch drei Mitglieder eingeführt werden und hat sein Eintrittsgesuch schriftlich dem Präsidenten zukommen

Statuts de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de la Suisse Romande.

Art. I. — Il est fondé sous le nom de « Société d'Obstétrique et de Gynécologie de la Suisse Romande » une société scientifique qui aura pour but de contribuer à l'étude de ces deux branches des sciences médicales. Le siège de la Société est à Genève.

Art. II. — Les réunions de la Société auront lieu 6 fois par an, alternativement dans une des villes universitaires de la Suisse Romande. Les convocations aux séances se feront par avis postaux. L'exercice administratif commence le 1er novembre.

Art. III. — Pour être reçu membre titulaire de la Société, le candidat (autorisé à pratiquer la médecine en Suisse) devra avoir publié un travail scientifique se rapportant à l'Obstétrique ou à la Gynécologie, ou être connu comme s'occupant plus spécialement de ces deux sciences médicales. Il devra être présenté par 3 membres et sa demande d'admission sera adressée par écrit au Président de la Société. L'éléction se fait dans la séance suivante, à la ma-

zu lassen. Die Abstimmung erfolgt in der nächsten Sitzung mit $^2/_3$ Mehrheit der anwesenden Mitglieder und in geheimer Abstimmung. Wegzug aus der Gesellschaft muss schriftlich bei der Kommission angemeldet werden.

Art. IV. — Das Bureau der Gesellschaft setzt sich zusammen aus:

Einem Präsidenten,
Einem Vize-Präsidenten,
Einem Sekretär-Kassier.

Die Komitee-Mitglieder werden in der ersten Sitzung des Geschäftsjahres gewählt, mit $^2/_3$ Stimmen Mehrheit und für die Dauer eines Jahres; nur der Sekretär kann sofort wieder gewählt werden. Die Gesellschaft haftet durch die gemeinsame Unterschrift seines Präsidenten und Sekretärs.

Art. V. — Der Jahresbeitrag wird für jedes Geschäftsjahr speziell bestimmt; er kann nicht unter 10 Fr. betragen. Das Eintrittsgeld ist auf 25 Fr. angesetzt. Es kann auch eine einmalige endgültige Zahlung von 200 Fr. geleistet werden.

Art. VI. — Jede Statutenänderung muss einer Abstimmung unterworfen werden; sie ist nur mit $^2/_3$ Mehrheit der Mitglieder durchführbar und muss 2 Monate vorher angezeigt werden.

jorité des deux tiers des membres présents et au scrutin secret. La sortie de la Société devra se faire par démission envoyée par écrit au Comité.

Art. IV. — Le Bureau de la Société se compose :

D'un Président,
D'un Vice-Président,
D'un Secrétaire-Trésorier.

Ils sont élus dans la première séance de l'année administrative, à la majorité des deux tiers des voix et pour la durée d'une année; le secrétaire seul est immédiatement rééligible. La Société est engagée par les signatures collectives de son Président et de son Secrétaire.

Art. V. — Le montant de la contribution annuelle sera fixée chaque année et ne pourra être inférieur à fr. 10. Il sera perçu un droit d'entrée de fr. 25 pour les nouveaux membres. Il est prévu en outre une cotisation à vie fixée à fr. 200.

Art. VI. — Toute modification aux statuts devra être soumise à la votation et elle ne sera accepté qu'à la majorité des deux tiers des voix des sociétaires, auxquels elle devra être notifiée deux mois d'avance.

Art. VII. — Im Falle einer Auflösung der Gesellschaft wird die letzte Generalversammlung über die Verwendung allfälliger Aktiva beschliessen.

Angenommen in der Sitzung vom 2. März 1905.

Art. VII. — En cas de dissolution de la Société la dernière assemblée générale décidera de l'emploi de l'actif disponible.

Approuvés en assemblée générale du 2 mars 1905.

Doc. Dr. M. Bourcart, Genf:

Der Bauch.

Le Ventre.

Anatomische und klinische Untersuchungen der Abdominalhöhle vom Standpunkt der Massage.

(Verlag von H. Kündig, Genf, 1904.)

Das *Bourcart*'sche Opus enthält auf 302 Seiten nicht weniger als 134 Illustrationen, zum Teil nach selbsthergestellten photographischen Aufnahmen, zum Teil nach Federzeichnungen, der künstlerischen Hand *Bourcart*'s selbst entstammend.

Abgehandelt wird zuerst « die äussere Configuration des Abdomens, des Rumpfes und des Rückens »; dann werden die Bauchwandungen besprochen und wird die Exploration des Abdomens angefügt. Durch zahlreiche photographische, vorzüglich ausgeführte Reproduktionen wird die Palpation bildlich dargestellt.

Wir geben hier 4 photographische Abbildungen wieder, die « *Die Palpation der Nieren* » illustrieren:



Fig. 56. (Original.)

Palpation der rechten Niere in aufrechter Stellung, Patientin leicht nach rechts und etwas nach vorn geneigt.



Fig. 57. (Original.)

Bimanuelle Palpation der rechten Niere in halbliegender Stellung der Pat. und nach Obendrängen der Niere. Trepidation, Vibration.



Fig. 58. (Original.)

Palpation der rechten Niere in sitzender Stellung. Pat. leicht nach vorn und rechts geneigt.

Der zweite, voluminösere Teil des vorliegenden Buches behandelt ausschliesslich *die Niere.*

Nach Allgemein-Bemerkungen werden besprochen die Topographie der Niere betreffs der Lumbalgegend; die Topographie der Nieren, indem man selbe durch die Abdominalhöhle hindurch untersucht, die Anatomie der Fixationsvorrichtungen der Niere; Allgemein-Betrachtungen zur pathologischen Anatomie der Wanderniere etc. etc.



Fig. 59. (Original.)

Einhändige Palpation der rechten Niere von links her, bei krebszangenförmiger Stellung der linken Hand, während die rechte Hand untersucht und die Niere wegdrängt.

Die beiden Hände können auch zu gleicher Zeit die beiden Nierengegenden zangenförmig umfassen.

Es sei uns gestattet, die Vorzüglichkeit und Reichhaltigkeit der Illustrationen durch einige Federzeichnungen *Bourcart*'s zu belegen:

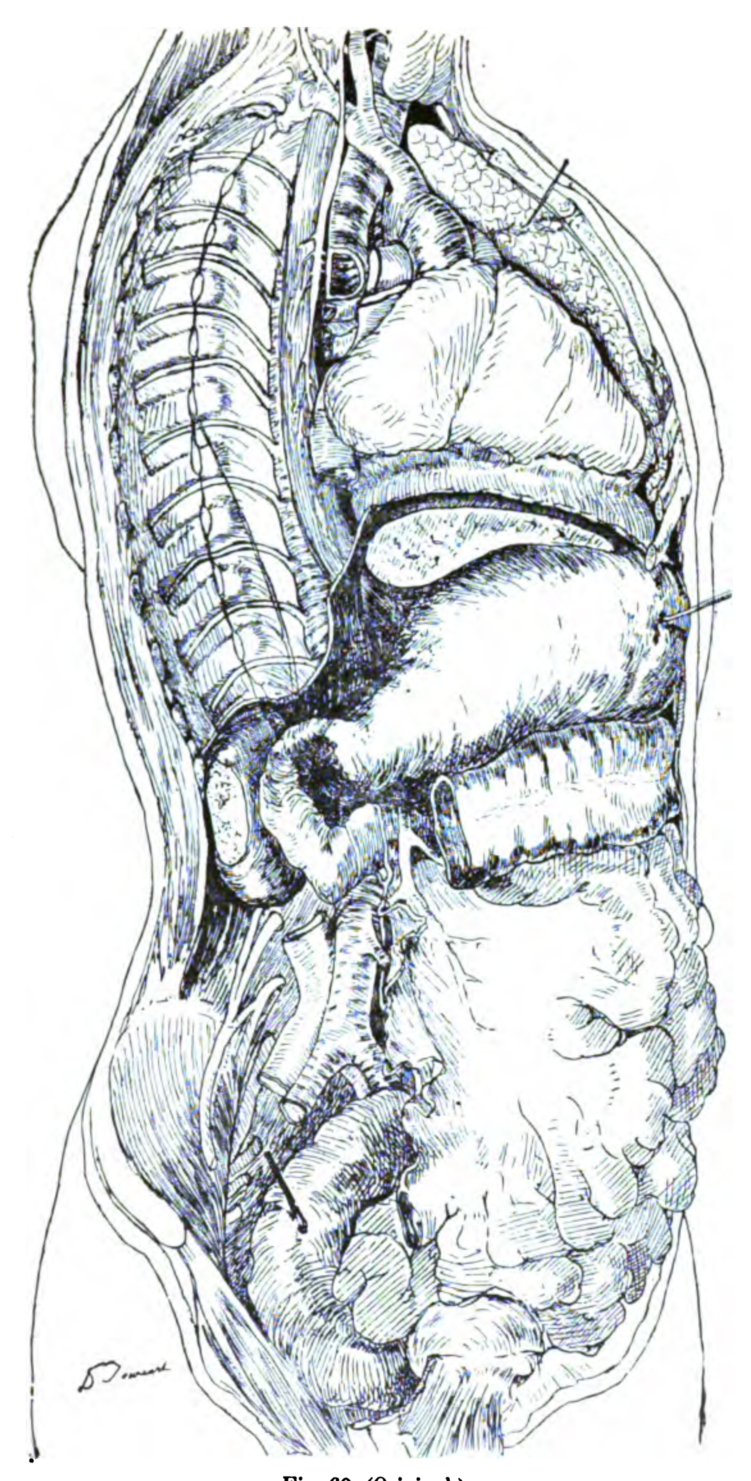


Fig. 60. (Original.)

Verhältnis des Duodenums zur rechten Niere.

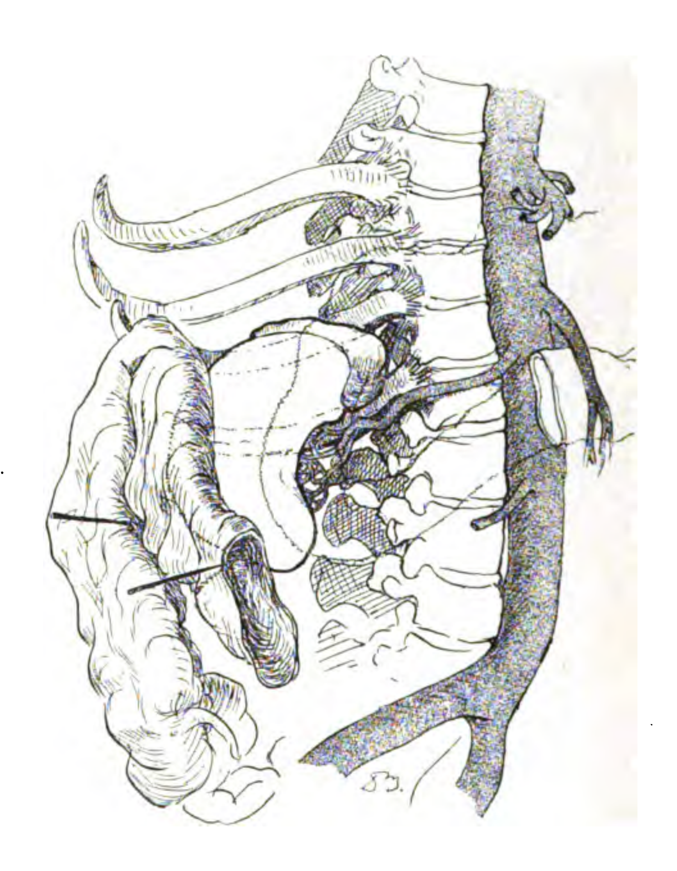


Fig. 61. (Original.)

Verhältnis der rechten Niere zum Colon ascendens, zu den letzten Rippen und zum Duodenum (punktiert). Disposition der Nierengefässe.

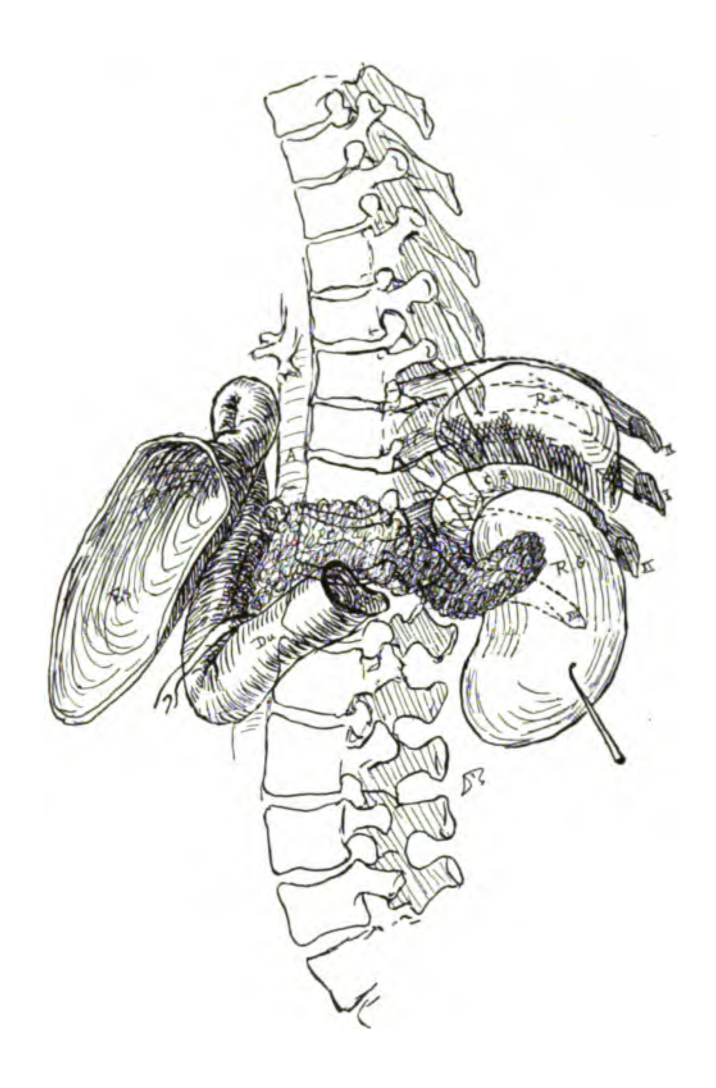


Fig. 62. (Original.)

Ptosis des Magens.

Halbschematisches Verhältnis der linken Niere zur Milz, zum Pancreas und den letzten Rippen.



Fig. 63. (Original.)

Verhältnis des Colon ascendens und transversum zur rechten Niere, zur unteren Fläche der Leber und zum Duodenum.

Zum Schlusse sei es uns gestattet noch auf die von Bourcart angegebene elastische *Binde zur Fixation der Wanderniere* zu sprechen zu kommen; selbe ist 20—25 cm. breit und 3—4 m lang; ihre Applikation geht am deutlichsten aus folgenden 3 photographischen Wiedergaben hervor, die den 2., 3. und 4. Akt illustrieren. Der erste Akt besteht darin, dass man den Anfang der Binde in einer der Hüftgegenden fixiert und nun eine ganze Tour um das Abdomen beschreibt, dann folgen:



Fig. 64. (Original.)

Zweiter Akt.



Fig. 65. (Original.)

Dritter Akt.



Fig. 66. (Original.)
Vierter Akt.

Bourcart gibt neben zahlreichen vorzüglichen photographischen Aufnahmen nicht weniger als 25 eigene Federzeichnungen.

Wir wünschen von Herzen, dass die Mühe und Arbeit, die ein Unternehmen wie das vorliegende notwendigerweise mit sich bringt, durch einen zahlreichen Leserkreis belohnt werde.

Ausstattung, Papier und Druck gleich vorzüglich!

Prof. Dr. Dubois, Bern:

Die Psychoneurosen und ihre moralische Behandlung.
Les Psychonévroses et leur traitement moral.

(Masson et Cie, Editeurs, Paris, 1904).

Berufenere Federn als die meine haben bereits im Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte* und in der Revue Médicale de la Suisse Romande** mit Freuden die Gelegenheit ergriffen, das ganz vorzügliche Opus von Prof. Dubois zu analysieren und zu kritisieren.

Es bleibt mir nur übrig, die Herren Gynækologen auf das Dubois'sche Werk ganz speziell auch an dieser Stelle aufmerksam zu machen; denn aus dessen Lektüre wird Jeder reichlichen Gewinn ziehen und nicht am Wenigsten die unserer Behandlung anvertrauten Frauen.

Dubois behandelt sein Thema in 35 Vorlesungen.

Dem Frauenarzt möchte ich in praktischer Hinsicht ganz besonders folgende Vorlesungen zum Studium anempfehlen:

23. Vorlesung: Die habituelle Stuhlverstopfung.

25. Vorlesung: Die Störungen der Nierenfunktion; Störungen im sexuellen Leben etc.

26. Vorlesung: Die Störungen des Schlafes etc.

32. Vorlesung: Erfolge der moralischen Behandlung der Psychonevrosen.

Wenn man von einem Buche allen Ernstes sagen kann, es sollte in keiner ärztlichen Bibliothek fehlen, so gilt dies gewiss vom Prof. Dubois-schen Buch. Preis:

Doc. Dr. H. Meyer-Ruegg, Zürich:

Kompendium der Frauenkrankheiten.

(Verlag von Veit & Cie., Leipzig, 1905.)

Meyer handelt auf 310 Seiten in klarer, kurzer, zusammenfassender Weise das Gebiet der Gynækologie ab.

* *Prof. A. Jaquet:* Correspondenz-Bl. f. Sch. A., p. 544/545, 1904.

** *Prof. A. Mayor:* Revue Méd. de la Suisse rom., p. 553/571, 1904: « Quelques réflexions au sujet des leçons du prof. Dubois sur les psychonévroses ».

Bei der Durchsicht des Kompendiums fällt sofort eine neue Methode der Illustration der bimanuellen Tastbefunde auf. Die dabei verfolgte Absicht war, den Untersuchungsakt selbst, sammt dem Befunde, so wie der Untersuchende sich denselben vorstellte, zur Darstellung zu bringen. Das ist ein entschiedener Fortschritt des MEYER'schen Kompendiums. Im ganzen sind 143 Figuren* beigegeben.

Wir wünschen, dass das MEYER'sche Kompendium die wohlverdiente Berücksichtigung und Verbreitung finde. Preis:

Dr. E. NIEBERGALL, Basel:

Ueber künstliche Frühgeburt.

Die geburtshilflichen Operationen.

NIEBERGALL hat für den « Kalender für Frauen- und Kinderärzte » von *Eichholz & Sonnenberger* die beiden oben angedeuteten Kapitel kurz bearbeitet.

Dr. E. SOMMER, Winterthur:

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

(Separat-Abdruck aus « Schweizerische Hebammen-Zeitung », Elgg, 1904.)

Es handelt sich um eine in populärem Tone gehaltene, 56 Seiten starke Broschüre, die bei Hebammen und Hausfrauen aufklärend wirken soll und so Gutes zu stiften in der Lage ist.

* *Bemerkung des Ref.*: Anlässlich einer eventuellen Neuauflage wäre es vielleicht angezeigt, Illustrationen, die mehr Raritäten darstellen, wie z. B. auf Seite 51 das s« Lymphangioma cysticum vulvæ », durch solche zu ersetzen, die solche patholog. Zustände darstellen, denen der Praktiker häufiger begegnet.

Prof. Dr. M. Stoos, Bern*:

Einige Räte für die Ernährung der Säuglinge.

Die Ernährung des Kindes an der Brust ist Mutterpflicht.
Das Erste ist Reinlichkeit.
Die einfachste Ernährung ist die beste.
Kuh- oder Ziegenmilch ist das einzig vernünftige Ersatzmittel der Frauenmilch

I. Ernährung an der Brust.

1. *Die Muttermilch ist die beste Nahrung für den Säugling.* Brustkinder sind gewöhnlich kräftiger und gesunder als künstlich aufgefütterte.

2. *Die Brust soll in regelmässigen Zwischenräumen abwechslungsweise rechts und links gereicht werden.* In den ersten 2—3 Wochen soll das Kind am Tage alle zwei Stunden, nachts einmal angelegt werden, in der weiteren Säuglingszeit am Tage alle drei Stunden. Nach den ersten Wochen soll das Kind von 10 Uhr abends bis morgens 4—6 Uhr keine Nahrung erhalten.

3. Wenige Wochen Ernährung an der Mutterbrust sind für das Kind schon ein grosser Gewinn. Hat eine Mutter nur wenig Milch, so sollte sie gleichwohl versuchen, wenigstens kurze Zeit zu stillen. Nur wenn die Mutter krank, namentlich wenn sie schwindsüchtig ist oder in neuer Schwangerschaft sich befindet, darf sie nicht stillen.

4. Die Brustwarzen sind nach jedem Stillen sorgfältig mit frischem Wasser zu reinigen, ebenso der Mund des Kindes.

5. Als Beikost ist nötigenfalls (nach den Regeln der künstlichen Ernährung) verdünnte Kuhmilch oder Gärtner'sche Fettmilch zu geben.

6. Die Entwöhnung, welche in der Regel zwischen dem neunten und zwölften Monat zu geschehen hat, soll nur allmählich stattfinden. Während der Sommerhitze ist das Entwöhnen wegen der Verdauungsstörungen sehr gefährlich.

II. Die künstliche Ernährung.

1. *Das beste Ersatzmittel für die Frauenmilch ist die Kuhmilch.* Dieselbe genügt in der Regel bis zum neunten Monat als alleinige Nahrung.

* In *Gyn. Helvet.* IV, p. 283, haben wir bereits: « Der unerfahrenen, jugendlichen Mutter einige Ratschläge zur Säuglings-Ernährung » von *Dr. E. Regli* mitgeteilt; der Vollständigkeit halber sollen nun noch die von *Prof. M. Stoos* vor ca. 6 Jahren publizierten « Räte für die Ernährung der Säuglinge » hier veröffentlicht werden.

Mit Kuhmilch aufgezogene Kinder sind in der Regel gesunder als solche, welche schon frühzeitig Brei, Zwieback oder Kindermehle bekommen. Letztere sollen dem gesunden Kinde nie vor dem sechsten Monat gereicht werden.

2. Die Milch muss verdünnt werden, um der Muttermilch ähnlich zu sein, und es soll etwas Zucker zugesetzt werden.

Mittlere Zahlen für die Verdünnung.

In den ersten Wochen	1 Teil	Milch	und	3 Teile	Wasser
Nach den ersten 2—3 Wochen .	1 »	»	»	2 »	»
Vom 2.—3. Monat an	1 »	»	»	1 Teil	»
» 4.—5. Monat an	2 Teile	»	»	1 »	»
» 6. Monat an	3 »	»	»	1 »	»

und allmählicher Uebergang zur Vollmilch.

Die Mutter muss sich dabei nach der Verdauungskraft des Kindes richten. Ein besonders kräftiges Kind verträgt früher dickere Milch; einem schwachen Kinde muss Milch gegeben werden, welche mehr verdünnt ist. (Sind die Stuhlentleerungen unregelmässig, mehr wie dreimal im Anfang oder zweimal im spätern Säuglingsalter, so muss die Milch mehr verdünnt werden. Besonders ist dies der Fall, wenn in den Ausleerungen viele weisse, geronnene Klümpchen sich finden.)

In diesem Fall ist es auch zweckmässig, statt Wasser dünnen Hafer- oder Gerstenschleim zuzusetzen.

3. Ungefähre Grösse der Einzelmahlzeit nach dem Alter*.

In der 1. Lebenswoche zirka . . .	30—70 g	in	8	Mahlzeiten
» » 2. und 3. Woche » . . .	70 »	»	8	»
» » 4. und 5. Woche » . . .	80—100 »	»	7	»
Im 2. Monat . . . . » . . .	100 »	»	7	»
» 3. » . . . . . » . . .	125 »	»	7	»
» 4. » . . . . . » . . .	150 »	»	6	»
» 5. » . . . . . » . . .	150 »	»	6	»
» 6. » . . . . . » . . .	175 »	»	6	»
» 8.—12. Monat . . » . . .	200 »	»	6	»

(1 Esslöffel = 15 g).

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 295: Ernährungstabelle für *Dr. Theinhardt's* lösliche Kindernahrung.

Das Kind darf nicht überfüttert werden. Die Mahlzeiten müssen regelmässig gereicht werden, zuerst alle zwei Stunden, von der vierten Woche an alle drei Stunden, nachts nie mehr als einmal.

4. *Die Milch muss tüchtig gekocht sein**.

Im Sommer soll die Milch sofort, nachdem der Küher sie gebracht hat, gekocht und in einem durchaus reinen, gedeckten Gefäss in der Kühle aufbewahrt werden. Der Bodensatz, der sich beim Stehen bildet, ist Stallschmutz und darf nie verwendet werden. Sehr zweckmässig ist es, die Milch in einem emaillierten Topf (z. B. Cornaz'scher Milchtopf) zu kochen und in diesem Topf zu belassen. Rasche Abkühlung nach dem Kochen macht die Milch haltbarer.

Zum länger dauernden Abkochen (Sterilisieren) eignen sich die Milchkochapparate. Am empfehlenswertesten ist der Fläschchenapparat von Soxhlet.

Schon fertig zum Gebrauch gekocht ist die Flaschenmilch von Stalden, welche dem Alter des Kindes nach verdünnt und gewärmt dem Kind gereicht wird.

Die Gärtner'sche Fettmilch ist zweckmässig für zarte Kinder, sollte aber auf längere Zeit hin nie ohne ärztliche Verordnung verwendet werden.

5. Was allfällig in der Flasche zurückbleibt, darf durchaus nicht zu einer neuen Mahlzeit für das Kind verwendet werden.

6. Saugflasche und Saughütchen müssen jedesmal sogleich nach dem Gebrauch auf das sorgfältigste gereinigt werden. Das Saughütchen ist in einem Glas mit frischem Wasser aufzubewahren. Besonders verwerflich und unsauber ist die Gewohnheit mancher Frauen, den Saugstöpsel (Zapfen) selbst in den Mund zu nehmen, um die Wärme der Milch zu prüfen, bevor sie das Kind trinken lassen.

7. Saugflaschen mit langem Rohr sind schlecht. Die Mundstöpsel (Luller), wie sie bei uns zur Beruhigung des schreienden Kindes durchgängig verwendet werden, sind immer eine Gefahr für das Kind, weil sie sehr schwer sauber zu halten sind. Sie machen dem Kind zu viel Speichelabsonderung und geben Anlass zu Mundfäule.

8. *Verdauungsstörungen des Säuglings, Neigung zum Erbrechen, dünnere Stühle mit weissen Klümpchen oder grüner Farbe sind nie leicht*

* Siehe *Gyn. Helvet.* IV, p. 66: *Dr. Silberschmidt:* « Ueber den Einfluss der Erwärmung auf die Gerinnung der Kuhmilch ».

zu nehmen. Sie kommen nicht etwa allein vom Zahnen, wie man so vielfach glaubt.

Besonders im Sommer sollte sofort der Arzt beraten werden, da der Sommerdurchfall der Säuglinge schon in 2—3 Tagen zum Tode führen und oft nur im Beginn mit Erfolg behandelt werden kann.

Bei irgendwie heftiger Diarrhöe ist sofort jede Nahrung auszusetzen. Dem Kinde ist nur schwacher Kamillenthee oder abgekochtes Wasser zu geben, bis der Arzt seine Anordnungen giebt. Auch in leichteren Fällen ist im Sommer die Milch sofort auszusetzen und durch Haferschleim zu ersetzen.

Dr. E. Wormser, Basel:

Pathologie des Wochenbettes.

Frommels Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynækologie.

(Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1904.)

Auf Seite 895—1056 gibt *Wormser* einen sehr ausführlichen Bericht über die Forschungen auf dem Gebiete der « Pathologie des Wochenbettes » während des Jahres 1903:

« Die *Aetiologie des Puerperalfiebers* in allen ihren Teilen bildete auch im Berichtsjahre wieder den Gegenstand vielfacher Forschung. Das Ergebniss derselben lässt allerdings die Hauptfragen, das Problem der Selbstinfektion und die Erklärung für den unausrottbaren Rest puerperaler Morbidität ungelöst. Trotzdem bringen eine ganze Reihe von klinischen und experimentellen Arbeiten wertvolle Beiträge zur Klärung einzelner strittiger Punkte.

Die mustergiltige Bearbeitung basiert auf nicht weniger denn 514 einschlagenden Arbeiten; sie ist klar und sehr anziehend geschrieben und gereicht dem Verfasser zur Ehre.

Prof. Dr. Th. Wyder, Zürich:

Die Endometritis.

Separat-Abdruck aus:

« Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts ».

(Urban & Schwarzenberg, Wien, 1904.)

Unter dem Sammelnamen Endometritis begreift man jene pathologischen nicht malignen Zustände der Gebärmutterschleimhaut, welche mit anatomisch nachweisbaren Veränderungen der Drüsen oder des Stromas oder beider zusammen vorkommen.

Man unterscheidet eine Endometritis cervicis und corporis, als auch eine bakterielle und eine nicht bakterielle Schleimhautentzündung; in der Mitte zwischen den letztern beiden befinden sich die hæmorrhagischen Formen, die meist im Gefolge von akuten Infektionskrankheiten auftreten; als eine rein toxische Form ist die Endometritis hæmorrhagica nach Phosphorvergiftung aufzufassen.

Weiter kämen jene Schleimhauterkrankungen in Betracht, die unter dem Einfluss einer wiederholten Hyperæmie des Uterus oder einer pathologischen Steigerung der menstruellen Kongestion zustande kommen etc.

Wyder bespricht dann des Weitern die pathologisch-anatomischen Befunde der verschiedenen Formen der Endometritis, der Erosionen und Ulzerationen der Vaginalportio. Hübsche mikroskopische Abbildungen sind beigegeben,

Nunmehr werden die *Symptome* und die *Diagnose* abgehandelt und dann zum Schluss die Therapie besprochen:

So lange der krankhafte Prozess lokalisiert ist, soll eine rationelle Lokaltherapie eingeleitet werden; ein energischeres Eingreifen ist erst im subacuten oder besser erst im chronischen Stadium angezeigt. Nebenerkrankungen, sowie das Allgemeinbefinden der Kranken dürfen nicht ausser Acht gelassen werden (Chlorose, Anæmie).

Die *Abrasio mucosae* ist indiziert;

1. in allen Fällen, wo nur der leiseste Verdacht auf Malignität besteht;
2. bei Retention von Abort- und Placentarresten, bei Endometritis post abortum;
3. bei allen übrigen sicher diagnostizierten hyperplastischen, mit Hæmorrhagien einhergehenden Endometritiden.

Bei den katarrhalischen Formen kommt die Applikation von desinfizierenden, adstringierenden und ätzenden Medikamenten in Frage (Aetzstäbchen von Menge, Formalin).

Schweizerische Mitarbeiter für das Handbuch der Geburtshülfe von F. v. Winkel.

(Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1904.)

Doc. Dr. H. Meyer-Ruegg, Zürich:
(Zweiter Band, I. Teil, pag. 564, 578 und 598.)

Störungen durch die akuten Exantheme Masern, Scharlach, Pocken.
Anæmia perniciosa in Schwangerschaft und Wochenbett.
Augenerkrankungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Prof. Dr. M. Walthard, Bern:
(Zweiter Band, III. Teil, pag. 2006-2098.)

Geburtsstörungen durch fehlerhafte Geburtswehen.
(Mit 7 Abbildungen und einer Tafel.)

Doc. Dr. H. Meyer-Ruegg, Zürich:

Geburtsstörungen durch Verengerung, Verklebung und Verwachsung des Muttermundes.
(Zweiter Band, III. Teil, pag. 2099.)
(Mit einer Abbildung im Text.)

Die Verwachsung der Placenta.
(Ibid. pag. 2107.)
(Mit 2 Abbildungen im Text.)

Geburtsstörungen durch fehlerhaftes Verhalten nicht sexueller Organe.
(Ibid. pag. 2270-2326.)

I. Störungen von seiten der Bauchorgane.
II. Die Wechselbeziehungen zwischen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und Erkrankungen der Kreislauforgane.
III. Störungen von seiten der Centralnervenapparate.

Fieber unter der Geburt.
(Ibid. pag. 2375.)

Plötzlicher Tod unter der Geburt.
(Ibid. pag. 2424.)

Die Geburt nach dem Tode der Mutter.
(Ibid. pag. 2427.)

Prof. Dr. M. Muret und F. Matter, med. prakt., Lausanne:
Rédacteurs du
Bulletin mensuel.
Seul Organe officiel de la Société vaudoise des Sages-femmes.
(Imprimerie G. Bridel et Cie, Lausanne.)

Prof. Dr. G. Rossier, Lausanne:
Rédacteur du
Journal de la Sage-Femme.
(Imprimerie G. Bridel et Cie, Lausanne.)

Prof. Dr. G. Rossier, Lausanne:
Agenda 1905 et Aide-Mémoire de la Sage-Femme.
Schweizerischer Hebammenkalender 1905.
Uebersetzt von
Dr. Th. Gloor, Echallens.
Mit einem Vorwort von
Prof. Dr. v. Herff in Basel.
Rossier hat einen kurzen Leitfaden für Hebammen beigegeben.

Unter Redaktion von mehreren Aerzten:
Schweizerische Hebammen-Zeitung.
Eigentum und Verlag von Emil Hofmann in Elgg (Kt. Zürich).

C. Therapeutische Notizen.

1. *Anæsthesin Dr. Ritsert** ist ein Lokalanæstheticum, das sich durch langandauernde Wirkung, absolute Reizlosigkeit und Ungiftigkeit auszeichnet.

Den *Gynækologen* interessieren folgende Indikationen:

Unstillbares Erbrechen der Schwangern:

Rz. Anæsthesini Ritsert 0,2—0,5
d. tal. dos. Nr. ° X.
D. S. 3 mal tägl. 1 Pulver *vor* der Mahlzeit.

Cystalgie, Urethritis: Stäbchen und Vaginalkugeln von 0,3 pro dosi.

Hæmorrhoïden: Suppositorien von 0,2—0,5 auf 2 gr. Cacao-Butter.

Pruritus vulvæ: Allein, in Pulverform oder in Verbindung mit Xeroform, Dermatol und als Pomaden, z. B.

Rz. Anæsthesini Ritsert	10,0
Lanolini	45,0
Vaselini	45,0
m. f. ungt.	

2. *Chloræthyl (Kelène)-Xeroform-Behandlung der Erosio portionis vaginalis.*

Wir haben bereits in *Gynæc. Helvet. III* pag. 253 unserer *Erosions-Behandlung* kurz Erwähnung getan und an gleicher Stelle eine detaillierte Publikation in Aussicht gestellt. Leider fehlte bis jetzt die Zeit zu deren Abfassung und möge daher eine zu anderm Zwecke bestimmte, in französischer Sprache verfasste kleine einschlagende Bearbeitung hier Aufnahme finden:

* Siehe die Lausanner Inaug.-Dissert. von *Dr. G. Chassot:* « Des Propriétés de l'Anesthésine Ritsert ». 1903.

Doc. Dr. O. Beuttner, Genf:

L'érosion du col de l'utérus et son traitement par le Kélène et le Xéroforme.

Zur Behandlung der Erosio portionis vaginalis vermittelst Kelen-Xeroform.

Les érosions du col de l'utérus ont pour cause l'endométrite, le plus souvent cervicale. Il convient donc de traiter tout d'abord l'inflammation de la muqueuse utérine.

Quant aux traitements de l'érosion même, il y sont légions, ce qui prouve qu'on est encore à la recherche du mieux.

Carl Meyer, Scanzoni, Schröder, Veit et d'autres ont appliqué au col des tampons médicamenteux. Scanzoni se servit en outre du Liquide de Bellosti (Liq. hydrarg. nitric. oxyd.)

Plus récemment on a conseillé l'acid. pyrolignosique, des tampons de glycérine-ichthyol, des cautérisations de formaline et tout dernièrement Gottschalk préconise des pulvérisations de Thiol.

Inutile de dire qu'on a aussi cherché à se débarasser des érosions par intervention chirurgicale.

Aujourd'hui tout traitement doit être basé sur les donnés anatomo-pathologiques et la question qui se pose naturellement à notre esprit est celle-ci :

« *Qu'est-ce qu'une érosion au point de vue anatomo-pathologique?* »

D'après les recherches fondamentales de Ruge et Veit, il ne s'agit pas, comme on l'a cru autrefois, d'ulcérations, mais d'une substitution d'épithélium cylindrique à la couche normale d'épithélium pavimenteux, ou en d'autres termes d'un remplacement des cellules inférieures au point de vue de leurs fonctions par des cellules supérieures, parce que les cellules épithéliales cylindriques ne servent pas seulement de revêtement, mais ont aussi la faculté de sécréter ; elles sont donc mieux organisées, mais conséquemment plus délicates et plus exposées à subir des altérations.

Je me suis donc posé la question suivante au point de vue du traitement de l'érosion :

Existe-t-il un agent thérapeutique dont l'action plus ou moins localisée sur l'érosion, c'est-à-dire sur une place déterminée d'épithélium cylindrique, pourrait mettre ces cellules dans un état de vitalité inférieure

momentanée de telle façon que les cellules pavimenteuses stratifiées puissent pendant ce temps d'infériorité progresser vers le centre de l'érosion et finalement la recouvrir?

Ce qui équivaudrait à la guérison.

Ce produit je crois l'avoir trouvé dans le chlorure d'éthyle pur, dans le « Kélène », qui appliqué sur l'érosion, c'est-à-dire sur épithélium cylindrique, constitué par une seule couche de cellules, provoque une congélation du protoplasme et du noyeau de la cellule cylindrique, tandis que les cellules pavimenteuses stratifiées sont à peine influencées.

En mettant alors aux alentours des cellules cylindriques congelées et par là sensiblement affaiblies dans leur fonction, une poudre apte à déterminer une rapide épithélisation, comme par exemple le bismuthe tribromphenylique pur., le « Xéroform » la guérison ne se fait pas attendre:

Pour résumer voici mon traitement de l'érosion du col:

Au speculum de *Neugebauer* ou autre badigeonnage de la muqueuse cervicale (utérine) avec de la teinture de jod; ensuite le museau de tanche avec l'érosion est bien nettoyé et désinfecté; sur l'érosion même est dirigé un jet de chlorure d'éthyle pur jusqu'à ce que la couleur rouge vive de l'érosion change et devienne blanche; ensuite on projète avec un pulvérisateur du Xéroforme sur la partie congelée et sur les parties avoisinnantes; tampon de coton imbibé de Xéroforme contre le col, qui est changé tous les jours. La congélation est répétée suivant l'étendue de l'érosion, mais en général tous les deux à trois jours.

La première fois que j'eus recours au traitement indiqué fut le 29. IX. 1900; les résultats étaient ensuite très satisfaisants.

3. *Chloral-Chloroform-Schering* hat sich nach Untersuchungen von Prof. LANGGAARD: « Zur Prüfung des Chloroforms » (Therapeutische Monatshefte. 1902) von den untersuchten Chloroform-Proben als das reinste erwiesen. Das *Schering's Chloral-Chloroform* kommt in Ampullen von 25,50 und 100 gr. Inhalt in den Handel. Die betreffenden Ampullen bieten vollständigen Schutz gegen die Zersetzung des Chloroforms, infolge des vollkommenen Luftabschlusses und haben ausserdem den Vorzug gegen die üblichen Glasstöpselflaschen, dass durch einfaches Abbrechen des Glasrohres, an einer durch Feilschnitt bezeichneten Stelle, die Oeffnung und Entleerung der Ampullen schnell vor sich gehen kann.

4. *Collargolklysmen**. Wir haben in *Gynæc. Helvet. III* p. 253 bereits die mannigfachen Verabreichungs-Methoden des Collargols erwähnt; dazu sind nun neuerdings die *Collargol-Klystiere* gekommen und berichtet

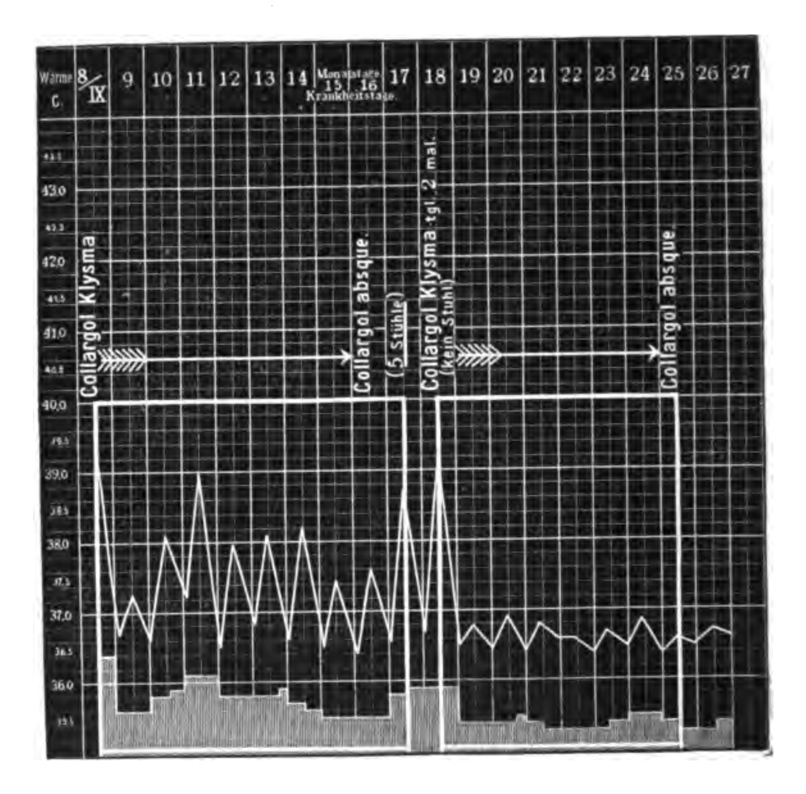


Fig. 67.

* Ich habe dieser Tage zu konstatieren die Gelegenheit gehabt, dass die Collargolklysmen vorzügliche Dienste leisten können: Bei einer 68-jährigen Frau musste nach Exstirpation einer intraligamentären Ovarialcyste wegen Blutungen im Ligament lat. tamponiert werden. Bei der Entfernung der Tamponade kam es offenbar zur Incarceration eines circumscripten Abschnites der Darmwand und nach einigen Tagen zur Darmfistel. Da die Laparotomiewunde oberflächlich aufplatzte und sich die Wunde, fortwährend mit Stuhl beschmiert, infizierte, so trat Fieber auf, das auch dann noch anhielt (bis über 39), als die äussere Wunde unter Jod-Xeroform-Behandlung sich gereinigt hatte. Ich nahm eine von aussen auf die Darmschleimhaut fortgeleitete Mikrobeninvasion an und verordnete Collargolklysmen; nach 3 Tagen war das Fieber verschwunden. Der Erfolg war eklatant.

Dr. H. Loebl in der « Therapie der Gegenwart », Heft 4, 1904 : « Ueber eine neue Applikationsmethode von Collargol (Collargolklysmen) » :

Diese Methode ist leicht von jeder Wartperson auszuführen, weder schmerzhaft noch belästigend, völlig ungefährlich; die Klystiere stehen an Wirksamkeit den intravenösen Injektionen nicht nach.

Loebl berichtet über 27 mit Collargol-Klysmen behandelte Kranke; ein charakteristischer Fall soll hier kurz angeführt werden :

22 Jahre alt; normaler Partus am 3. Sept. ohne operativen Eingriff; am 9. Sept. mässiger Meteorismus. Uterus in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Eitrige übelriechende Lochien. Höchste Temperatur 39,4. 2 mal täglich Collargolklysmen von 0,3 : 100,0.

15. Sept. Temp. abgesunken. Höchste Temperatur 37,4. Uebelriechender Ausfluss andauernd.

17. Sept. Collargol absque.

18. Sept. Neuerlicher Anstieg auf 38,7· Collargol verordnet.

19. Sept. Collargol Vormittags *nicht* behalten. Nachmittags 39,2. Das abendliche Collargolklysma wird behalten. *Seither Apyrexie.* (Fig. 67.)

25. Sept. Collargol ausgesetzt. 28. Sept. geheilt entlassen.

Von *9 puerperalen Infektionen* wurden 5 geheilt; bei 3 Patienten blieb die Behandlung ohne Erfolg; 1 starb.

Applikationsmethode : Morgens und Abends je ein lauer Wassereinlauf von $^1/_2$—1 Liter. Zirka $^1/_2$ Stunde nach Entleerung des Darmes folgt das Collargolklysma mittelst *Hegar*'schen Trichters oder Glycerinspritze.

Rz. Collargol 1.0 (4 Tabletten zu 0,25 gr.)
Aq. dest. 100.0
D. S. Morgens und abends die Hälfte als Klysma.

Die Klysmen werden *mindestens 8, höchstens 14 Tage* gegeben.

5. *Helmitol* desinfiziert energisch den Harn und erteilt diesem *saure Reaktion. Indiziert* bei Cystitis non gonorrhoica, Pyelitis, septischer Bacteriurie, bei Phosphaturie; prophylactisch bei intravesicalen Operationen; bei Urethralabscessen.

Ich verordne *Helmitol* stets dann, wenn nach geburtshülflichen und gynækologischen Operationen katheterisiert werden muss, um einer event. Cystitis zuvor zu kommen. Siehe auch *Gyn. Helv. I V*, p. 136 u. 184.

6. *Digalen* « Digitoxinum solubile Clœtta ». 1 ccm. der Digalenlösung entspricht 0,3 mgr. Digitoxin oder 0,15 gr. fol. Digitalis; es reizt den

Magen nicht und zeigt auch nach längerem Gebrauch keine kummulierende Aktion; des weiteren lässt sich *schon in 2 Stunden* eine Wirkung erzielen, was bei *Herzschwäche im Verlaufe von akuten Infektionskrankheiten* sehr wertvoll ist.

Applikationsweise: per os, per rectum, intravenös, subcutan, intramuskulär.

Dosierung: Dosis simpl. $^{1}/_{2}$—2 ccm. Dosis max. pro die ca. 5 ccm. (einer 25 % Glycerinlösung).

Für die intravenöse Injektion müssen Dosen von 3—10 ccm. genommen werden.

7. *Hygiama.* Wir haben bereits in *Gynæc. Helvet. IV*, pag. 292, dieses Präparates gedacht; es handelt sich um ein seit 16 Jahren klinisch und praktisch erprobtes, diätetisches Nährpräparat, das sämmtliche zum Aufbau und zur Erhaltung des Organismus notwendigen Baustoffe in einem sehr günstigen Verhältnis enthält:

Dosis für Erwachsene 20 bis 25 gr. auf $^{1}/_{4}$ Liter Milch. 3 × 4 tgl.

Nährklysmen: 40—50 gr. Hygiama werden mit etwas heissem Wasser angerührt, hierauf 300 gr. Milch mit 3 gr. Kochsalz zugefügt und das ganze eben aufkochen gelassen (es kann je nach Umständen ein Ei, Alkohol oder Opiumtinktur zugesetzt werden).

Hygiama wird auch mit Vorteil bei *Mastkuren* verschrieben.

(Siehe im Kapitel: Ausländische Literatur: Dr. *O. Dornblüth:* « Diätetisches Kochbuch ».

8. *Jodopyrin* (Jodantipyrin). Es spaltet sich im Körper in Jod und Antipyrin. Die den *Gynækologen* interessierenden *Indikationen* sind etwa folgende:

Menstruationskoliken. Beim Eintreten der Menstruation 2—3 stündlich 0,5—1,0 gr. Jodopyrin in Suppositorien.

Parametritis posterior et lateralis.
Metritis, Perimetritis.
Entzündungen der Adnexe.
} Jodopyrin-Vaginal-Kugeln von 1,0—1,5 gr.

Weiter kämen zur event. Verwendung Jodopyrin-Gaze und Jodopyrin-Tabletten.

9. *Maltosan* wird bei *Säuglingen*, die an *Gastro-Enteritis* leiden, verordnet. Man findet hier die Salzsäuresekretion im Magen vermindert und

organische Säuren (Milchsäure, Buttersäure etc.) vermehrt. Die pathologische Bedeutung dieser Störung wird durch die herabgesetzte Oxydationsfähigkeit des Organismus noch erhöht. Hand in Hand mit der Säureintoxikation bei magendarmkranken Säuglingen geht ein Verlust des Körpers an fixen Alkalien. Die Säuren werden bereits im Darmkanal an die Alkalien gebunden und diese letzteren werden den Geweben entzogen.

Für den magendarmkrauken Säugling ist nun nach KELLER (CZERNYsche Klinik in Breslau) eine alkalireiche Nahrung, die wenig Eiweiss und wenig Fett enthält, deren Nährwert aber durch Zusatz von Kohlehydraten in der Form von Maltose erhöht wird, erforderlich.

Diesen Anforderungen entspricht das Dr. WANDER'sche MALTOSAN.

Zubereitung der Keller'schen Malzsuppe:

125 gr. Maltosan.
$^1/_3$ Liter Milch.
$^2/_3$ Liter Wasser.

Das ganze wird angerührt und aufgekocht.

Bei Kindern unter 3 Monaten, sowie bei schwerkranken Kindern ist die nach obiger Vorschrift hergestellte Malzsuppe noch mit dem dritten Teil Wasser zu verdünnen. ($^1/_3$ Liter Milch wird mit 1 Liter Wasser verdünnt und die so verdünnte Milch mit 125 gr. Maltosan aufgekocht.

Vor Verwendung der Malzsuppe ist der Magendarmkanal der Kinder durch 1—2 tägige Tee- oder Wasserdiät leer zu stellen.

10. *Protargol* ist ein Proteinsilberpräparat mit 8,3 % Silber in organischer Bindung.

Gegen *Vulvovaginitis gonorrhoica* werden Injektionen von 0,5—1 % Lösung empfohlen.

Bei *Kolpitis gonorrhoica* spült man die Vagina mit 1 % Lösung und stopft sie mit in 3—4 % Lösung getränkter Gaze aus.

Bei *gonorrhoischen Cervix-Katarrhen* bedient man sich des Protargols:

a) in Mischung mit einem indifferenten Pulver, zum Einblasen;
b) in 10 % glycerinhaltiger Lösung zum Bepinseln;
c) in Form von wasserlöslichen Stäbchen.

Die intrauterine Behandlung der *Uterusgonorrhoe* geschieht vermittelst:

a) Einspritzungen von 10 % Lösungen oder 10 % Salben mit der Braun'schen resp. der Fritzsch'schen Salbenspritze;

b) 5 % wasserlöslichen Stäbchen;

c) Auswischungen der Uterushöhle mit in 1 % Lösung getränkten Gazetampons (mit Plaifair'scher Sonde).

Bei *gonorrhoischer Urethritis*, sowohl akuten wie ältern Fällen (neben Gonosan), zirka vom dritten Tage an täglich Injektionen von 1 ccm 10 % Protargollösung.

Zur *Harnröhren-Blasen-Spülung* wird Protargol in 1 % körperwarmer Lösung verwendet, von der 250 ccm eingespritzt werden. Die Frau wird dann angewiesen, den Blaseninhalt langsam, in mehreren Mictionen zu entleeren.

11. *Protylin « Roche »:* ist eine synthetische Phosphor-Eiweissverbindung und gehört in die Gruppe der Paranukleine; es ist leicht assimilierbar.

Indikationen: Gestörte Pepsinverdauung im Magen; tiefgreifende oder langwierige Ernährungsstörungen, Konstitutionsanomalien, anæmische Zustände, gestörtes Körperwachstum, rhachitische und osteomalacische Knochenprozesse, Karzinom, Leukæmie, Neurasthenie, seniler Marasmus, etc.

Verabreichung: 1—2 gr. dreimal täglich nach den Mahlzeiten. (Keine sauren Speisen!) Die beste Art Protylin zu verschreiben ist die Tablettenform (Karton à 100 Tabletten à 0,25 gr.).

12. *Somatose.* Lösliches, aus Fleisch hergestelltes Albumosenpräparat.

Leistet gute Dienste: Bei der Anregung der Milchdrüsensekretion stillender Frauen.

Bei unstillbarem Erbrechen der Schwangeren und bei Erbrechen nach Chloroform-Narkose.

Erwachsene nehmen im allgemeinen 2—4 abgestrichene Kaffeelöffel voll pro Tag. Einfacher ist die Verordnung der «*flüssigen Somatose*», die neuerdings in einer süsslichen und in einer mehr herben Zusammensetzung in den Handel gebracht wird.

13. *Sublamin.* Quecksilbersulfat-Aethylendiamin, besitzt eine hohe baktericide Kraft.

In der *gynækologischen Praxis* findet das *Sublamin* mit Vorteil Anwendung zu *Vaginalspülungen* (1:500 — 1:1000: 1 Tablette auf ½—1

Liter Wasser), und zu *Blasen- und Harnröhrenspülungen* (1:5000:1 Tablette auf 5 Liter Wasser).

Zur *gründlichen Desinfektion der Hände vor und nach chirurgischen Eingriffen* verfährt man des weitern nach Prof. Krönig und Dr. Blumberg* folgendermassen:

1. Die Hände werden zunächst mit lauwarmem Wasser und Seife (zweckmässig mit Schmierseife oder auch Marmorstaubseife) unter Anwendung einer Bürste 8—10 Minuten lang gewaschen und die Seife mit Wasser abgespühlt.

2. Alsdann werden die Hände 5 Minuten lang unter Anwendung einer Bürste mit einer Sublaminlösung 1 : 1000 bis 2 : 1000 behandelt. Je nach der Natur des Infektionsstoffes kann die Konzentration der Sublaminlösung ohne Schaden für die Hände beliebig gesteigert werden, bis auf 1 : 300 oder 1 : 200.

Sublamin als Fixierungsmittel haben Doc. Dr. V. Klingmüller und Dr. F. Veiel** aus der Neisser'schen Klinik empfohlen:

Die Gewebsstücke müssen in einer 5 % Sublaminlösung, welche mit destilliertem Wasser hergestellt werden soll, etwa ½—1 Stunde liegen. Von hier aus kann man sofort Gefrierschnitte machen oder weiter in steigendem Alkohol härten. *Sublamin* löst sich aber sehr schwer in Alkohol und es tritt deshalb beim Uebertragen der Präparate in 70 % Alkohol eine Trübung ein. Man muss daher den Alkohol kurz nacheinander etwa nach einer Stunde 1—2 mal wechseln. Da das *Sublamin* die *Färbbarkeit der Gewebe bedeutend erhöht,* so muss die Dauer der Einwirkung von Farbflüssigkeiten etwa um die Hälfte abgekürzt werden.

14. *Thigenol « Roche »:* ist ein synthetisches Schwefelpräparat, das leicht resorbiert wird; es mildert den Juckreiz und wirkt schmerzlindernd und entzündungshemmend.

Indikationen: Pruritus vulvae, Leukorrhoe, Erosionen der Vag. Port., Cervixcatarrh, Endometritis, Metritis, entzündliche Adnexerkrankungen,

* *Prof. Krönig und Dr. Blumberg:* « Beiträge zur Händedesinfektion ». Verla von A. Georgi, 1900.

Prof. Krönig und Dr. Blumberg: « Vergleichende Untersuchungen über den Wert der mechanischen und Alkoholdesinfektion der Hände etc. ». Münchener med. Wochenschrift, 1900, N° 29 und 30.

** *Doc. Dr. Klingmüller und Dr. Veiel:* « Sublamin als Fixierungsmittel ». Centralblatt f. allg. Pathologie und patholog. Anatomie. 14. Band, 1903.

para- und perimetritische Exsudate; peritoneale Reizungen, frische Hæmatome, Anafissuren, Mastitis.

Applikations-Methoden: Thigenol-Tampons, -Salben, Kugeln:

Thigenol-Glycerin 10%: für intrauterine Behandlung.

Thigenol-Glycerin 10—45%: zum Tränken der Tampons.

Thigenol-Salbe: Thigenol 10,0
Adip. lanæ 40,0.

Thigenol-Kugeln: Thigenol 0,3
Extract. Belladon āā 0,1
Ol. Cacao D. S. In die Vagina einzuführen.

Des weitern bei: *Gonorrhoe:* 5% wässrige Thigenollösung mit Zusatz von ½% Lysol oder Lysoform.

Pruritus vulvæ, ani: Thigenol
Glycerin āā 10,0
Spirit. vini. 100,0 D. S. Aeusserl.
und Thigenol 0,2
Ol, Cacao 1,5 supposit.

Fissuren der Brustwarze: Bestreichen der Fissur mit Thigenolum purum.

Thigenolseifenbäder von 35° C.

Man löst 50 gr. Seife in einem Wannenbad auf und fügt Thigenol hinzu: 10—20 gr. für ein Lokalbad, 50—100 gr. für ein Vollbad.

D. Instrumentelle Notizen.

Doc. Dr. de Seigneux, Genf:

Ein neuer Untersuchungs-Divan.

(Zentralblatt für Gynækologie, Nr. 28, pag. 871, 1904.)

Die Höhe dieses Divans ist so gewählt, dass jede Person sich bequem darauf setzen kann; er ist im geschlossenen Zustand nur 110 cm lang, 94 cm breit und ca. 60 cm hoch. (Fig. 68).



Fig. 68.

Durch das Ausziehen der im Innern verborgenen Holzplatte kann der Divan auf ca. 2 m verlängert werden. (Fig. 69.)



Fig. 69.

An den beiden Längsseiten sind, kaum bemerkbar, 2 Metallstangen angebracht; an den umgebogenen Enden dieser sind die Fersenstützen oder Kniehalter befestigt.

Unter dem Gestell versteckt befindet sich eine vorziehbare Spülschale, deren Inhalt durch ein Gummirohr direkt in ein Gefäss abfliesst. (Fig. 70.)



Fig. 70.

Das Originelle an dem *de Seigneux*'schen Divan besteht darin, dass es möglich ist, durch eine einfache Kurbel die Patientin bis auf eine Höhe



Fig. 71.

von 86 cm zu heben und auch in die Beckenhochlagerung zu bringen. (Fig. 71.)



Fig. 72.

de Seigneux hat noch ein Tabouret konstruieren lassen. Am äussersten Ende des Divans angebracht, dient es dazu, denselben zu verlängern; für sich allein aber ist es ein Instrumenten- und Medikamenten-Schränkchen. (Fig. 72 und 73.)

Bei einer event. Untersuchung wird dasselbe rechts oder links vom Arzte gestellt.



Fig. 73.

Prof. Dr. M. Walthard, Bern:

Zur Technik der Wertheim'schen Karzinomoperation.

(Zentralblatt für Gynækologie, Nr. 9, pag. 279, 1904.)

Bei möglichst peripherer Resektion des Parakolpium bis zur Grenzlinie des oberen und mittleren Drittels der Vagina kommt es zu starken Blutungen aus den öfters recht zahlreichen und varikösen Gefässen, welche von der Beckenwand her horizontal durch's Parakolpium zur Vagina verlaufen.

Das doppelseitige primäre Abklemmen der Parakolpiumplatte mit Arterienklemmen ist wegen des geringen Raumes und der Tiefe unzweckmässig und bei einseitigem peripheren Abklemmen blutet nach Durchtrennung noch der vaginalwärts liegende Parakolpiumstumpf.

Diese Uebelstände will das von Walthard angegebene Instrument beseitigen.

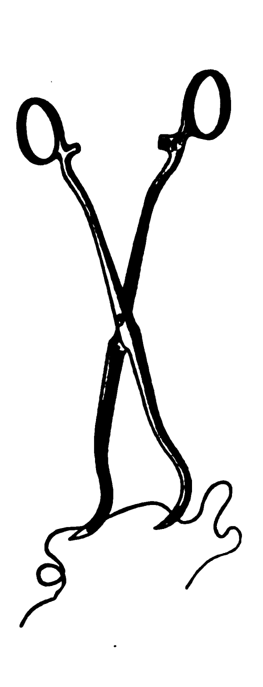


Fig. 74.



Fig. 75.

Geschlossen und mit Ligaturmaterial armiert, wird die zunächst liegende Partie des Parakolpium umstochen; hierauf werden die Branchen geöffnet (Fig. 74), wodurch man eine beliebig lange Stielung der umstochenen Gewebe, bis an die Beckenwand hin erzielen kann; die Stielung geschieht parallel den Gefässen.

Fig. 75 zeigt, wie durch das Oeffnen der Branchen die Ligatur des umstochenen Gewebes zustande kommt und wie diese zu gleicher Zeit richtig geordnet nach rechts und nach links gelegt werden, so dass von einer Kreuzung der Faden keine Rede mehr sein kann. Das Instrument wird nun nach Art der Aneurysmennadeln entfernt, die Fadenschlinge bei a (Fig. 75) durchtrennt und ligiert.

---

* Das *Walthard*'sche Instrument ist zu beziehen vom Instrumentenmacher *Klöpfer* in Bern.

IX.

Dr. J. J. HERMANN

gew. Professor der Geburtshülfe an der Universität Bern.

Aus seinem Lebensgang und seinem Wirken*.

1790—1861.

J. J. Hermann wurde am 10. November 1790 in Vevey geboren; seine Mutter verlor er schon am 9. Lebenstage. Sein Vater war ein Mann von strengster Biederkeit, alles Schöne, Edle und Gute liebend, ein warmer Freund seines engern und weiteren Vaterlandes; diese Eigenschaften waren auch auf den Sohn übergegangen.

Seine 8 ersten Kinderjahre brachte der Knabe an den Ufern des Leman zu: nach einem kurzen Aufenthalt beim deutschen Pfarrer in Lausanne, kam er im Jahre 1798 an die angesehendste Schule der Stadt Bern, an das « Meissner-Institut »; mit der Eröffnung der neu reorganisierten Kantonsschule trat J. J. Hermann sogleich in diese über und verliess sie erst wieder im Jahre 1808, da er als Stud. med. an der bernischen Akademie immatrikuliert wurde.

Während seiner Studienzeit waren es besonders die anatomischen Fächer, die den Aesculapjünger anzogen; er erwarb sich mehrere Prämien, aber namentlich auch das besondere Wohlwollen und die Freundschaft des später nach Tübingen berufenen, als Anatom und Physiolog hochgeehrten Prof. Emmert, sowie des damaligen Prosektors Prof. Hofstetter. Die Geburtshülfe wurde ebenfalls mit Interesse betrieben und stand Hermann in besonderer Gunst bei dem damaligen Lehrer des Faches, Prof. Schiferli.

Nach drei Jahren fleissiger Studien nahm der junge Mann am Ostermontag 1812 den Wanderstab in die Hand und wanderte nach *Erlangen*; Hildebrandt's Kollegien blieben ihm in angenehmer Erinnerung. Im September gleichen

* Auszug aus der biographischen Skizze seines Sohnes, *Dr. Th. Hermann*, in dessen Abhandlung: « *Zur Lehre vom Kaiserschnitt* ». Bern, R. F. Haller'sche Buchdruckerei, 1864.

Jahres wurde die Rückreise angetreten; doch des Verweilens am heimatlichen Herde war nicht lange. Im Oktober 1812 wanderte der angehende Mediziner mit dem Stock in der Hand über den Rhein, um die berühmte Universität Würzburg zu besuchen, wohin ihn vorzüglich der Name von A. Elias von Siebold lockte. Das Spital, aber vor allem das Gebärhaus nahm die volle Tätigkeit in Anspruch und namentlich schätzte und ehrte der wissbegierige Jüngling die Lehren seines Meisters Siebold, dessen getreuer Jüngling er bis zum Ende seiner Tage blieb.

Nachdem Hermann mit drei andern Schweizern, Stapfer, Salchli und Wyttenbach, im Militärspital sich kranker französischer Soldaten liebevoll angenommen, kehrte er im Oktober nach Bern zurück, um das Staatsexamen zu absolvieren; allein bald wurde die Präparation auf dasselbe durch Kriegslärm unterbrochen, denn um Weihnachten 1813 marschierten die Alliirten durch die Schweiz und wurde Hermann in einem auf der Schützenmatte errichteten Militärspital verwendet, als er nach 14 Tagen an « Spitaltyphus » erkrankte. Erst im Frühjahre 1814 genas er endlich von seiner schweren Krankheit.

Unterdessen hatte sich ganz Deutschland in ein Feldlager umgewandelt; überall bildeten sich Freiwilligenkorps und der kaum wieder zum Leben Erwachte wurde durch Vermittlung von Hofrat von Schiferli nolens volens ebenfalls in ein solches eingereiht. Er kam im Mai 1814 zu den preussisch-bergischen Jägern zu Fuss und kehrte im Spätherbst gleichen Jahres, nicht lange nach dem Einzug der Verbündeten in Paris, wieder in die Heimat zurück.

Eine provisorische Bewilligung gestattete die Niederlassung als praktischer Arzt in Locle; das Examen wurde gelegentlich später zur vollsten Zufriedenheit des einzigen Examinators, Dr. de Pury bestanden.

Kaum hatte sich Hermann's Stellung in Locle konsolidiert, so musste er mit den Eidgenossen für 14 Wochen an die französische Grenze.

Im Herbste 1815 wurde in Bern die Stelle des Prosektors der Anatomie vakant; unser Arzt aus Locle erwarb sich mit Erfolg um dieselbe; 1816 erhielt er die venia legendi für Osteologie, im folgenden Jahre folgte das chirurgische Staatsexamen und bald darauf übergab man dem Vorwärtsstrebenden den praktischen Teil des Hebammen-Unterrichtes, während Dr. Lindt den theoretischen Teil vortrug. Letzterer resignierte aber schon im folgenden Jahre, so dass Hermann von 1818 an die Hebammenschule allein leitete.

Als im Jahr 1819 Prof. Meyer nach Bonn berufen worden war, besetzte Dr. Ith den Lehrstuhl der Physiologie, während Hermann Prosektor blieb und zum besoldeten Docenten der Anatomie avancierte. Als im Jahrs 1821 Prof. Meckel auf den Lehrstuhl der Anatomie berufen wurde, da trat der gleich-

zeitige Hebammenlehrer in seine frühere Stelle als Prosektor und Docent der Osteologie zurück.

Nach dem Dahingange MECKEL's im Frühjahr 1829 erhielt HERMANN nicht nur seine Professur als Lehrer der Anatomie, sondern auch der gerichtlichen Arzneikunde und Diätetik. In dieser Stellung verblieb er bis zur Gründung der Hochschule 1834.

Unterdessen hatte der Professor der Anatomie sein Lieblingsfach, die Geburtshülfe nicht vernachlässigt, musste doch schon seine Stellung als Hebammenlehrer ihm solche nahe bringen; er assistierte des weitern bei vielen schwierigen Entbindungen, die der auch als Chirurg allgemein bekannte Operator LEUCH ausführte und machte so dessen Erfahrungen zu den seinigen, wie denn auch die literarischen Arbeiten fast ausschliesslich geburtshülflichen Inhaltes waren, teilweise Mitteilungen aus der LEUCH'schen Praxis.

Gelegentlich der Eröffnung der Hochschule, bewarb sich HERMANN um den Lehrstuhl der Geburtshülfe. Die Ernennung war vorerst nur eine provisorische; es erfolgte indess im folgenden Jahre 1835 die definitive *Erwählung zum ausserordentlichen Professsor der Geburtshülfe*; im gleichen Jahre überreichte ihm die Berner medizinische Fakultät das Doktordiplom.

Infolge der Vereinigung der geburtshülflichen Klinik, der Notfallstube und der geburtshülflichen Poliklinik für Hebammenschülerinnen wurde Hermann im Jahre 1837 zum *Vorsteher der vereinigten Entbindungsanstalten* ernannt. Im Jahre 1853 wurde endlich die Creirung einer Assistenstelle bewilligt, die durch seinen Sohn Th. HERMANN besetzt wurde. So hatte der ausserordentliche Professor der Geburtshülfe bis in sein 62. Altersjahr die Zeit und Kräfte raubende Arbeit der einzigen Besorgung der Geschäfte des Gebärhauses, sowohl als wissenschaftlicher Vorstand, wie als Oekonom, auf sich getragen.

Bis zu seinem Tode blieb HERMANN in seiner Stelle, wirkte also 26 Jahre lang als Lehrer der Geburtshülfe und hatte — die 17 Jahre als Lehrer der Anatomie mitgezählt — eine akademische Laufbahn von 43 Jahren hinter sich; 42 Jahre lang, seit 1818, erteilte er den Hebammen-Unterricht.

Im Jahre 1826 wurde HERMANN Sekretär des Sanitätskollegium; letzere Stelle versah er bis zum Jahre 1833 und blieb mit kurzer Unterbrechung Mitglied dieser Behörde bis 1838; volle 40 Jahre lang war er Mitglied der medizinisch-chirurgischen Kantonal-Gesellschaft, in den Jahren 1833-1837 deren Präsident.

Im Februar 1817 hatte sich HERMANN mit der ihm von Kindheit an teuer gewordenen Jugendfreundin Elise Hermann verheiratet, mit welcher er denn 42 Jahre einer glücklichen Ehe verleben durfte und der 7 Kinder entsprossen. Am 20. Juni 1861 verschied HERMANN.

In den Zwanziger Jahren erschienen in der damals vielgelesenen medizinisch-chirurgischen Zeitung teils Abhandlungen, teils Auszüge oder Rezensionen namentlich französischer Schriften, sowohl aus dem Gebiete der Chirurgie als der Geburtshülfe. Eine nicht kleine Zahl der Aufsätze bewahrt das Archiv der medizinisch-chirurgischen Kantonalgesellschaft, unter welchen seine Eröffnungsrede am 25. Jahrestage der Gesellschaft (22. Juli 1835) als ein interessantes und lehrreiches Gemälde derselben dem Drucke übergeben wurde. Im Jahre 1824 schrieb Hermann ein *Manuel des sages-femmes*, welches er 1832 in's Deutsche übersetzte und 1856 umarbeitete. Auch verdient noch eine in Bern beliebte « Anleitung zur Krankenpflege » (1839) sowie eine auf Anordnung der Erziehungsdirektion gedruckte Arbeit: « Ueber das Bedürfnis von Taubstummen-Anstalten im Kanton Bern » der Erwähnung:

Sein Streben ging nicht nach Ruhm und Ehre, sondern mit frommer Hingebung, ja mit Selbstaufopferung widmete er sich einzig dem Dienste der leidenden Menschheit.

X.

Dr. THEODOR HERMANN*
gew. Professor der Geburtshülfe an der Universität Bern.

Biographische Skizze.

1817—1867.

Prof. Dr. Theodor Hermann wurde am 4. Dezember 1817 als einziger Sohn Prof. J. J. Hermann's und als Aeltester von 7 Kindern geboren. Nach einer glücklich verlebten frühesten Jugendzeit, besuchte er die städtische Realschule, durchlief die üblichen Gymnasialklassen und nachdem er noch in Lausanne be-

* Diese biographischen Notizen verdanke ich einer noch lebenden Schwester des verstorbenen *Prof. Dr. Th. Hermann*, Frl. C. Hermann, die selbe auf gütiges Ansuchen von Collega *Dr. R. v. Fellenberg* der Gynæcologica Helvetica bereitwilligst nebst Namenszug des Prof. J. J. Hermann zur Verfügung gestellt. Den Namenszug von *Prof. Th. Hermann* (siehe Portrait) habe einem Briefe entnommen, den derselbe an Frau Rüfenacht, Hebamme in Genf, gerichtet. Die beiden Bilder der verstorbenen Professoren, von Vater und Sohn, wurden mir von der medizinischen Fakultät der Universität Bern zur Reproduktion zur Verfügung gestellt, wofür ich an dieser Stelle meinen besten Dank ausspreche.

sonders seine sprachlichen Kenntnisse erweitert hatte, öffneten sich ihm die Hörsäle seiner heimischen Universität.

Unter den väterlichen Auspicien, sowie aus besonderer Vorliebe widmete er sich dem Studium der Medizin. Seine akademischen Lehrer waren damals unter Andern VALENTIN, VOGT, DEMME, FUETER, HERMANN.

Nach mit Auszeichnung bestandenem Staatsexamen (1844) führte ihn eine Studienreise durch verschiedene Universitätsstädte Deutschlands — wie Bonn, Giessen, Würzburg, nach Wien und später nach Paris, wo er sich in erster Linie den Hörsälen und Spitälern seines Spezialfaches, der Geburtshülfe zuwandte. Mit reichen Eindrücken und Anregungen kehrte HERMANN im folgenden Jahre nach Bern zurück an die Seite seines Vaters, der, in seiner Gesundheit angegriffen, den Sohn mit offenen Armen empfing, um einen Teil seiner vielseitigen Arbeit auf die jugendlichen Schultern abzuladen; aber erst im Jahre 1852 wurde HERMANN staatlich als Assistenz angestellt; nebenbei wirkte er als Privatdocent.

Nach dem Hinschiede seines Vaters, Prof. J. J. HERMANN's, ernannte ihn der Regierungsrat zum ausserordentlichen Professor der Geburtshülfe und zum Vorsteher der Entbindungsanstalt und der Hebammenschule; zwei Jahre später folgte die Ernennung zum ordentlichen Professor.

Neben einer ausgedehnten Privatpraxis beschäftigte sich Th. HERMANN intensiv mit der Lösung verschiedener wissenschaftlicher Fragen*, unter Anderm modifizierte er die Geburtszange, die dann ihrer Vorzüge halber viele Anhänger fand.

Allzufrüh in seinem fünfzigsten Lebensjahre wurde Prof. Th. HERMANN nach längerer, schwerer Erkrankung am 25. März 1867 seinem schönen Wirkungskreis entrissen.

In seinen Leidenstagen raffte er sich zu einem Ausgange zusammen, um in einer medizinischen Versammlung mit allem Nachdruck die Dringlichkeit der Erstellung passender Gebäulichkeiten für den Frauenspital zu befürworten. Die Erfüllnng dieses Wunsches sollte er nicht mehr erleben.

Nach 6 Jahren rastloser Tätigkeit, in der Stellung seines von ihm verehrten und geliebten Vaters, wurde Professor THEODOR HERMANN aus diesem Leben abberufen.

* Siehe *diesen Jahrgang*: *Dr. Th. Hermann:* « Zur Lehre vom Kaiserschnitt ». Bern, R. F. Haller'sche Buchdruckerei, 1864.

Dr. Th. HERMANN, Bern :

Zur Lehre vom Kaiserschnitt.

(R. F. Haller'sche Buchdruckerei, 1864, Bern.)

Die vorliegende Arbeit ist sowohl in klinischer Hinsicht als auch vom historischen Standpunkte aus äusserst interessant; sie füllt in Gross-Oktav 233 Seiten und hat 3 Tafeln beigefügt.

Th. Hermann beginnt mit einer biographischen Skizze seines Vaters, *Prof. Dr. J. J. Hermann*, die uns einen tiefen Einblick, nicht nur in die Seele dieses vorzüglichen Mannes, sondern auch in die damaligen Zustände der « *Academia Bernensis* » etc. gestatten; dann folgen die « *Beiträge zur Lehre vom Kaiserschnitt* » und zwar Kaiserschnitte von *Dr. Hiltbrunner* und *Dr. Zimmerli*, von *Dr. Tièche* und *Dr. Kaiser* (zwei Kaiserschnitte an derselben Frau), von *Dr. Büchler*, aus dem *Gebärhause zu Bern* (3 Fälle), Kaiserschnitt von *Dr. Jäggi*.

Den 8 Kaiserschnittsoperationen werden noch *weitere Geburtsgeschichten* in Kürze beigefügt, welche an und für sich, aber namentlich auch in Rücksicht auf die Lehre vom Kaiserschnitte, nicht ohne Interesse sind, als ein Fall von *Gastrotomie bei graviditas extrauterina* von *Dr. Greppin*, von *Hermann* selbst beobachtete Fälle: *Absolute Geburtsunmöglichkeit durch ein Fibroid, Geburt einer todten, hydrocephalen Frucht bei 2 3/4 Zoll Diagonalconjugata, künstlicher Abortus wegen Beckenbeschränkung, Wendung bei 2 1/3 Zoll Conjugata und endlich Wendungsversuch bei 2 Zoll Conjugata.*

Hermann verbreitet sich dann des weiteren über das *Thema des Kaiserschnittes an Todten**; er sucht der Reihe nach folgende Fragen zu beantworten:

1. Zweck der Operation?
2. Zu welcher Zeit der Schwangerschaft findet die Sectio cæsarea post mortem ihre Anzeige?
3. Wie lange nach dem Absterben der Schwangern lässt sich noch mit Aussicht auf Erfolg der Kaiserschnitt vornehmen?
4. Wie verhält sich die Prognose der Operation?
5. Inwieweit ist der Arzt zur Vornahme des Kaiserschnittes nach dem Tode verpflichtet?

* Siehe *diesen Jahrgang*, p. 131: *Dr. O. Russ:* « Ueber Kaiserschnitt an verstorbenen Schwangern ».

Ein letztes Kapitel von 43 Seiten behandelt den ***Kaiserschnitt an Lebenden*** und zwar stellt *Hermann* folgende *Themata* auf: Indicationen (Kind ist abgestorben; die Frucht lebt); absolute Geburtsunmöglichkeit bei lebendem Kinde am Ende der Schwangerschaft, ebenso vor Ablauf der Schwangerschaft erkannt; relative Geburtsunmöglichkeit bei lebendem Kinde am normalen Schwangerschaftsende, ebenso vor Ablauf der Schwangerschaft erkannt. Vergleichung der prognostischen Verhältnisse der bei der Beckenbeschränkung unter 3 Zoll indic. Operationen: Kaiserschnitt, Perforation und Cephalotripsie; künstlicher Abortus, künstliche Frühgeburt; Resultate obiger Untersuchungen; die Operation des Kaiserschnittes; Nachbehandlung.

XI.

PROF. Dr. JOHANN JACOB BISCHOFF, BASEL.

Tagebuch-Notizen.

Studienreisen nach Wien, London, Glasgow, Edinburgh und Dublin während der Jahre 1867-68.

(Zweite Hälfte.)*

LONDON

65. *Gynækologische Abteilung im London-Hospital.* Besucht am 7. Jan. 1868. Sie steht unter Dr. HEAD, einem Mann von etwa 50 Jahren. Dienstag und Freitag von 1 1/2 Uhr an macht er die Visite mit dem *Residentaccoucheur*, operiert eventuell und nimmt dann im « Outpatientroom » die Aufnahme vor. — Die ganze Abteilung besteht aus *einem* Saale mit 12 Betten. Der Saal ist gross, sehr hell; doch beklagt sich HEAD über dessen schlechte Ventilation, für die keine besonderen Einrichtungen vorhanden sind und HEAD ist ganz der Ansicht, dass gute Luft und auch gute Kost wesentliche Bedingungen zum Gesunden sind. Am Ende des Saales befindet sich eine Art Verschlag mit einem grossen Fenster, das hell genug gibt, weil es die ganze Länge des Hofes, also viel Horizont vor sich hat. — *Der Operations-Untersuchungstisch* ist 3teilig, nieder, breit, mässig gepolstert. — *Untersuchung* in der *Seitenlage*. Die Patientinnen haben sehr lange Hemden an, darüber einen Schlafrock, wenn sie in das Untersuchungszimmer

* Siehe « Erste Hälfte » in *Gyn. Helvet.* IV, p. 353 und folgd.

kommen. — In der Abteilung wird *Puerperalfieber nicht aufgenommen*, wohl aber Blutungen nach der Geburt etc. etc.

Carcinoma cervicis bei einer 38-40 jährigen Frau, die noch wenig heruntergekommen aussieht. Das hintere Scheidengewölbe ist schon mitergriffen. Von einer Operation kann keine Rede sein. Er versucht *Injektionen* von *Jodtinktur* in die *Krebsmasse* und ebenso Bepinselungen mit Jodtinktur, worauf ein Glycerintampon gesetzt wird. Er kennt die *Thiersch*'schen Injektionen und injizierte z. B. in einen *verdickten Cervix* Jodtinktur; ebenso bepinselte er ihn.

Bei *Uterusfibroid*, wenn er mit der Uterussonde dessen Sitz genau eruiert hat, erweitert er mittelst Pressschwamm den Cervix und bepinselt dann mit konzentr. Jodtinktur die erkrankte Stelle, was er den Einspritzungen in die Uterushöhle bei weitem vorzieht.

Fall von leichter Anteflexion mit etwas *verhärtetem und vergrössertem Uterus*. bei einer etwa 50 jährigen Frau. Er diagnostiziert Carcinom des Fundus und meint, ein harter Uterus in diesem Alter sei stets bedenklich. Mir scheint es einfache Anteflexion zu sein. Der Cervix ist weich. — Bei Flexionen liebt er die *Hodge-Pessarien* nicht, noch weniger wendet er sie bei *Prolapsus uteri* an, weil beim Husten der Uterus immer nach abwärts dränge und um dem zu genügen ein fixer Punkt aussen an der Symphyse genommen werden müsste. Von unsern Pessarien mit Bauchplatte und Stahlfeder will er nichts wissen, weil sie bei einer etwaigen Tympanitis oder sonstigen Auftreibung des Bauches die abdominale Respiration hemmen und so eine rein thoracale eingeleitet werde, bei der aber stets starkes « Nachuntendrängen » stattfinde. — Er sah schon öfter *Prolapsus uteri* mit starken *Diarrhoen* kompliziert und *Mastdarmtenesmus*. Man muss erst die Diarrhoe bekämpfen und den Tenesmus, ehe man reponieren und ein Pessarium einlegen kann, weil der Tenesmus diese nicht ertragen würde. So ist eine Frau da, die nach einem rheumat. Fieber hartnäckige Diarrhoen und Tenesmus behielt, so dass man lange Zeit ihren Vorfall nicht behandeln konnte.

Von *der Discission des Cervix bei Flexion* ist Head kein Freund. — Bei Prolapsus uteri, wo durch Operation geholfen werden soll, schneidet er ringsum *kleine Stücke der Vagina* aus, um deren Lumen zu verengern; doch glaubt er, sei diese auch keine sichere Operation, besonders wenn gleichzeitig Husten etc. besteht, wobei der Uterus mit Macht abwärts gedrängt wird. Besteht gleichzeitig Induration und Vergrösserung des Cervix oder des Uterus, so sucht er zuerst durch *Jodbepinselung* (wie bei Halsdrüsen) diese zu verringern, damit besonders das Gewicht des Uterus sich verkleinere und damit die Tendenz herabzusinken abnähme; erst dann macht er die *Elytrorrhaphie*.

Bei Blutungeu nach der Geburt, in Folge von *Atonie* und ebenso bei einfacher *Subinvolution ohne Blutung*, wo es ihm darauf ankommt stärkere Contraktionen des Uterus anzuregen, benutzt er den *Induktionsstrom*, den einen Pol über der Symphyse, den andern kreisförmig im Vaginalgewölbe in Form einer Feder appliziert, dadurch entstünden an verschiedenen Stellen galvanische Reizung und der Uterus ziehe sich allseitig zusammen, wie eine Hand, in deren Vola-Mitte der Pol aufgesetzt wird; auch kann man beide Pole in die Vagina einführen. Vom Einsetzen der Pole in das Rectum, um die Uterinnerven zu treffen, will er nichts wissen.

Bei starken Blutungen bei der Geburt macht er die Transfusion; besonders viel verspricht er sich von derselben beim *Neugebornen*, das in Folge starker Metrorrhagien der Mutter schwach ist und deswegen zu keiner gehörigen Respiration kommen kann. Er spritzt ihm Blut durch die *Nabelvene* ein.

Bei nervöser Dysmenorrhoe rät er *Chloroformdampf in den Uterus* einzuleiten und versuchte es auch mit gutem Erfolg. Das Chloroformfläschchen wird in warmes Wasser gestellt und mit einer langen Röhre in Verbindung gebracht; hält man deren periphere Mündung ans Licht, so wird dieses letztere ausgeblasen. Die Röhre wird in den Cervix eingeführt; damit die Chloroformdämpfe aber nicht durch die Tuben gepresst werden, hat die Röhre noch eine zweite neben sich (double courant), die den Dampf wieder herausleitet. Die direkte Betäubung der Nerven hebt die Dysmenorrhoe, wenn sie nervös ist, auf, ohne dass Gefahr dabei ist.

Ulcerationen im Cervix sieht er oft, bald mit Blutung, bald mit viel Sekret; er äzt sie.

Wenn er *Bäder* verordnet, die auf den *obern Teil der Vagina* und den *Cervix* Einfluss haben sollen, so führt er stets ein von ihm angegebenes *Drahtspeculum* ein; etwa 4″ lang und ³/₄″ im Durchmesser, oben abgerundet, unten offen, wird es in einem gewöhnlichen röhrenförmigen Speculum eingeführt und dieses dann über ihm zurückgezogen; dadurch wird die Vagina wirklich offen erhalten, während sonst ihre Wände fest aneinander liegen und kein Wasser eindringen kann. (Dies wäre wohl auch für Geschwüre etc. wichtig.) (Skizze.)

Head glaubt, dass wir bald eine eigene *Ovarialpathologie* (patholog. Physiologie) bekommen werden. Die Anomalien in der Funktion dieses Organs seien enorm wichtig für alle möglichen Frauenkrankheiten, besonders die der Menstruation, und im Ganzen seien sie im Vergleich zu den Krankheiten des Uterus viel zu wenig gewürdigt.

Fall von Tumor im Unterleib. Frau von 40 Jahren, sehr mager, graugelbe Gesichtsfarbe, trockene Haut, keine Krankheit in der Mamma; sie will erst kürz-

lich so abgemagert sein. Ihr Abdomen ist wie am Ende der Schwangerschaft, jedoch gar keine Rugae. Nabel vorgetrieben. Die Percussion ergibt überall leeren Schall, nur in den tiefsten Partien der Seiten tympanitischen Schall. Deutliche Fluktuation besonders über der Symphyse, Bauch sehr gespannt. Unter dem Epigastrium eine fast kindskopfgrosse, solide Geschwulst, die sich deutlich umgrenzen lässt. HEAD hält es für eine vom linken Ovarium ausgehende Cyste. Die solide Geschwulst scheint ihm nicht bedenklich, weil keine Venen an den Bauchdecken sichtbar sind und weil die Brüste frei sind. Es soll eine Punktion gemacht werden.

66. *Ovariotomie von Wells**. Mittwoch den 8. Januar 1868.

Mary Gibson, 49 Jahre alt, mit grauen Haaren, gut genährt aussehend, nie punktiert. Ihre Bauchdecken waren als dünn befunden und sehr gespannt. Die Vaginaluntersuchung ergab einen stark antevertierten Uterus (auch etwas vergrössert); doch da der per rectum eingeführte Finger ohne Mühe über den Fundus reichen konnte, so war die Anteflexion nicht etwa als durch Druck der Ovarialgeschwulst zu erklären. Narkose ziemlich unruhig. Bauch mässig gross, prall gespannt. Haut graugelb, ohne Veneninjektion.

* Im Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte findet sich in N° 2, pag. 70, 1904, eine Notiz, betreffs einer *Ovariotomie,* die *Spencer Wells* am 13. Juli 1865 in Zürich ausgeführt. Da diese Notiz vom geschichtlich-medizinischen Standpunkt aus sehr interessant erscheint, so soll sie hier in extenso wiedergegeben werden:

Die erste Ovariotomie in der Schweiz.

Vor wenigen Tagen hat sich die Erde über einer ehrwürdigen Matrone geschlossen, welche vor bald 40 Jahren die erste war, die sich einer damals ganz neuen, lebensrettenden Operation unterzog. Die Gattin des uns Aeltern so wohlbekannten « Helfer Hirzel », damals Pfarrer am St. Peter, litt anfangs der 60ger Jahre an einer Eierstockgeschwulst, welche sie nach und nach tief herunterbrachte. Auch der konsultierte Arzt an hiesiger Frauenklinik, *Prof. Breslau,* wusste keinen Rat mehr. Deshalb schrieb er im Einverständnis mit dem Gatten an *Spencer Wells* in London, welcher schon einige Zeit den Eierstockschnitt mit meist günstigem Erfolg unternommen hatte, ob er sich nicht verstehen könnte, die Operation vorzunehmen.

Spencer Wells erklärte sich sogleich mit Freuden bereit, die Ovariotomie nach seiner Methode auf dem Kontinent einzubürgern, kam nach Zürich und führte die Operation mit bekannter Sicherheit und peinlicher Genauigkeit in Gegenwart einer beschränkten Anzahl Zürcher Aerzte — am 13. Juli 1865 — aus. Die Geschwulst, nebst Inhalt, von *Dr. Ferd. Ris* und dem Unterzeichneten gewogen, erreichte das ansehnliche Gewicht von etwas über 50 Pfund. Operation und Nachbehandlung, welch' letztere grösstenteils in des Operateurs Gegenwart geführt wurde, verliefen ganz glatt, so dass Pat. noch über 38 Jahre in ungetrübtem Wohlbefinden lebte.

Ein einfaches Nachtessen im Hotel Baur machte den berühmten Operateur mit den Zürcher Kollegen bekannt, und bald nachher führten sowohl *Prof. Breslau* als auch andere Zürcher Aerzte die Operation aus. Die frühere Patientin starb 83 Jahre und

Schnitt 4″. Dünne Bauchdecken, eine Arterie (oder Vene) blutet und wird an beiden Seiten vermittelst « Pressartères » gestellt; während der Operation fällt eine ab, ohne neue Blutung von Belang. Bauchfell nicht adhærent, dünn; Cyste durchwegs schwarzblau. Bei der Punktion entleert sich massenhaft äusserst dünnflüssiger, gelbrötlicher Inhalt, ohne Flocken; unter Zug mittelst der eingeschlagenen Hacken und gleichzeitigem Druck des Assistenten auf die Seiten der obern Bauchhälfte, folgt unter völliger Entleerung die Cyste rasch; vergeblich aber versucht man den Stiel zum Vorschein zu bringen; die Hand geht ein und findet, dass fast kein Stiel da ist. Das linke Ovarium ist Sitz des Tumors,

7 Monate alt an Marasmus und seniler Bronchiolitis. Ich machte mit einem andern, ebenfalls verwandten Arzte, *Dr. Locher-Habich,* die Sektion, welche folgendes ergab: das Abdomen der äusserst abgemagerten Leiche ist ganz zusammengefallen, es fällt auf, dass der Nabel fehlt. Bei genauem Zusehen ist endlich, fast in der linea alba, eine fadenförmige Narbe zu entdecken. Beim Einschneiden konnte man in der Gegend des Nabels den bindfadendünnen Stiel der damaligen Geschwulst, welcher in die Bauchwunde eingelassen ward, entdecken. (Bei der Operation war er, meines Erinnerns, etwa drei fingerdick gewesen.) Das Netz retrahiert, die Gedärme ohne Adhæsionen; es hatten auch bei der Operation keine bestanden. Das linke Ovarium fehlte, der Uterus war gänzlich senil atrophiert. Alles übrige ganz normal.

Dr. Hirzel-William, Zürich.

Als Antwort auf obenstehende Notiz folgte im Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, N° 3, pag. 101, eine weitere Bemerkung:

Zur ersten Ovariotomie in der Schweiz, die wir der Vollständigkeit halber hier wörtlich wiedergeben.

In der letzten Nummer des Corr.-Blattes berichtet Herr Dr. Hirzel-William über eine von *Spencer Wells* im Jahre 1865 mit Erfolg ausgeführte Ovariotomie und über die fast 40 Jahre später (1903) vorgenommene Sektion der Operierten. Wenn jene Operation als « erste Ovariotomie in der Schweiz » bezeichnet wird, so ist das nicht ganz richtig. Die Basler pathologisch-anatomische Sammlung besitzt das Präparat einer von dem geistvollen Anatomen und Arzte Carl Gustav († 1864) ausgeführten Ovariotomie (siehe Alb. Teichmann: Die Universität Basel 1885, S. 100, wo Unterzeichneter das Präparat wohl mit Recht als « Erinnerung an die erste in der Schweiz ausgeführte Operation dieser Art » erwähnt hat). Nach einer Mitteilung des trefflichen, unlängst verstorbenen Dr. Martin Burckhardt-His, der bei der Operation zugegen gewesen war, verrichtete Jung jene Operation im Jahre 1861 oder 1852, also mehrere Jahre vor Spencer Wells' erstem Versuch der Ovariotomie (1857). Wie man weiss, ist schon vor Spencer Wells hin und wieder die Ovariotomie ausgeführt worden, zuerst wie es scheint und zwar mit Gläck von dem schottischen Chirurgen Robert Houstoum 1701, später (1809) mehrmals von Mac Dowell in Kentucky und von Andern Viele Operationen vor Spencer Wells endeten tötlich, wenn sich Unterzeichneter nicht täuscht auch Jung's Fall. So möchte denn Hirzel William's Mitteilung die erste « erfolgreiche » Ovariotomie in der Schweiz betreffen.

M. Roth.

das rechte ist gesund, der Uterus stark anteflektiert. Mit Braxton Hick's Klemme wird die Cyste so tief als möglich gepackt, immerhin eine Doppelwand von 5″ Breite darstellend, und während ein Assistent die Wunde gut schliesst, wird oberhalb abgeschnitten und dann im Niveau die Klemme mit prismatischem Glüheisen alles glatt weggebrannt; nun wird vorsichtig geöffnet, wobei aber sofort eine grosse Arterie am rechten Ende des Stieles spritzt; unter der Klemme wird eine Sperrpincette angelegt; bei neuem Oeffnen keine neue Blutung, nur in der Mitte des Schorfrandes eine pulsierende Stelle; diese wird von oben her mittelst einer Pincette gefasst und nun langsam der mit der Klemme fest verklebte Schorf aus dieser gelöst und diese entfernt; dabei beginnt eine kleine Blutung aus dem linken Winkel; zunächst wird auf der rechten Seite der Winkel 3‴ breit gefasst, mit einer Seidenligatur (aus 2 Fäden bestehend) abgebunden und die Fäden 2—3‴ lang abgeschnitten, dann wird auf gleiche Weise der linke Winkel abgebunden und zuletzt die pulsierende Stelle in der Mitte. Der Schorf ist 1‴ dick, weitere 5‴ sind durch das Instrument stark gequetscht. Der Stiel wird nun in die Bauchhöhle fallen gelassen und 6—7 Nähte angelegt, darauf einmal mit einem Schwamm eingegangen und da dieser nur blutig tingiert ist, sofort die Wunde geschlossen und auf gewohnte Weise verbunden.

Die Cyste ist sehr dünnwandig, an der inneren Seite findet sich eine 4 □″ grosse Stelle mit starker Hæmorrhagie in und auf der Wand, ringsherum einige Falten und Verdickungen, entsprechend früherer Sepsis, d. h. kleine Cysten, die sich in die grosse entleert hatten. Aehnliche Ueberbleibsel von kleinern Cysten, als ringförmige Säume, finden sich noch weiter, jedoch ohne Spuren von Blutung. An der äusseren Oberfläche keine Spuren von Adhærenzen, von einem Stiele natürlich keine Spur; oberhalb der Abschneidungsstelle ist ein $1^1/_2$″ langes Stück der Tuba Fallop. attachiert.

Wells zeigt die 2 letzten Operierten; die vom 18. Dezember ist auf und im Begriffe auszutreten; die vom 2. Januar ist wohl und munter im Bette.

Dr. Routh operierte vor der Ovariotomie einen schweren Fall von Prolapsus der hinteren Scheidenwand, indem er eine U-förmige Anfrischung der hinteren Commissur vornahm und diese mit einer einfachen Reihe von Eisendraht-Suturen vereinigte. T-Binde. Operation in der Rückenlage, schief gestellte Fussbretter mit Lederriemen, zum Hineinschlupfen.

Baker-Brown soll in den letzten Tagen eine *Sectio cæsarea* mit gutem Erfolg für Mutter und Kind gemacht haben, was ausser dem Falle von *Greenhalgh* und einem weiteren, der einzig glücklich verlaufende, unter vielen in der letzten Zeit in England ausgeführten Kaiserschnitten, ist.

67. *Episiorrhaphie im London Hospital.* 14 Januar. $1^1/_2$ Uhr.

55jährige, schwächliche Person, an Husten leidend, hat nach einem Dammriss « in partu » schon jahrelang einen *Prolapsus uteri totalis*, mit geringer Vergrösserung der Uterushöhle. Die Blase ist mit im Prolaps.

Chloroformnarkose, sehr unruhig, gegen Ende wird Patientin sehr bleich; sie liegt in Rückenlage auf dem SIMS'schen Tische, Kreuz durch ein weiches Kissen erhöht. Kopf tief. Je ein Fuss- und Handgelenk werden durch eine Binde miteinander verbunden, wobei die Fersen sehr weit auseinander zu liegen kommen; da Patientin nicht ruhig genug ist, werden von der Wärterin die Knie gegen den Bauch gedrängt, wobei die Dammgegend stark vorgedrängt wird und zeitweise pestilente Düfte aus dem gezerrten Sphincter ani vorquellen. — Dann fasst man $^1/_3''$ lang und sehr dünn. 2 längsovale Brücken werden nun jederseits von der Fourchette ($1^1/_4''$ lang und 3''' breit) abgetragen, dieselben hinten verbunden; 3 metallene Suturen verbinden die Schleimhaut; die Knoten sehen nach aussen; 5 tiefe metallene Nähte bewirken die Hauptvereinigung.

In die Vagina wird Glycerin geschüttet und die Wunde damit bestrichen; als Antiseptikum Wattetampon in die Vagina, Lintkompressen in Glycerin, mittelst einer T-Binde befestigt. Rückenlage.

Die Operation wurde unter Dr. HEAD's Leitung von Mr. THORP, « Accoucheur resident », ausgeführt.

Bei einem andern *Prolaps*, der bisher wegen starker Diarrhœ nicht in Angriff genommen werden konnte, wird ein füllhornförmiges Pessarium (Skizze) mit T-Binde angelegt. HEAD gibt sonst den *Zwanck*'schen bei Prolaps den Vorzug (er mag die *Hodge*'schen nicht), glaubt aber hier besser eines mit T-Binde anzulegen, weil Patientin noch oft Stuhldrang hat, wobei das andere leicht herausgedrängt werden könnte.

Carcinoma cervicis: gegen die Blutungen Tampon mit Tannin. — Gute Nahrung, Wein, Bier.

Subinvolution: entlassen. Ol. jecoris. Ferro-ammon-citrat mit Aether chlor.

Retroversio uteri gravidi III mens. mit starken Blasenbeschwerden. Mit einem Finger im Rectum und einem in der Vagina wird in Knieellenbogenlage reponiert.

Ovarialgeschwulst: soll punktiert werden, ehe an die Operation gegangen werden soll.

68. *Metropolitan Free Hospital.* Devonshire Square. N. E.

In der Ecke zwischen Bishopsgate und Houndsditch an Petticoatlane gelegen, mitten in einem dichtbevölkerten, enggebauten, schlechten Viertel, ohne Luft ringsum. Sie bauen deswegen ein neues. Diesen Herbst soll der Grundstein

gelegt und der Bau in einem Jahre fertig werden. Er wird dem Arbeiter- und Dockviertel zu gute kommen. *Metropolitan Free Hospital* hat wie *Royal Free Hospital* fast die stärkste Outpatients-Praxis, weil die beiden Spitäler die einzigen sind, wo Patienten ohne Empfehlung zugelassen und in die stationären Abteilungen aufgenommen werden. Besonders viel Ausländer kommen dahin, sehr viele Deutsche (auch Holländer, Portugiesen und Polen) ; die Juden stellen ein grosses Kontingent. Sie haben eine besondere Abteilung im Spital, mit einer « Jewish-Kitchen ». Es sind 50-70 Betten vorhanden. Chirurgische und innere Patienten durcheinander. Jeder Arzt belegt, so lange Platz da ist, nach Belieben. Das Gebäude ist uralt, enge, niedere Zimmer, ohne Ventilation, winklige Gänge, alles unsauber. Eiserne, niedere, ziemlich breite Bettstellen mit blau-weiss-carrierten, reinlichen Ueberzügen. 2-4-8 Betten in einem Raume (viel zu viel für die engen Zimmer). Kopfzettel reinlich und in Ordnung. Wärterinnen schmutzig.

Dr. Beigel, Physician, von 12-3 (oder 4 h.) Outpatients und mit ihm gleichzeitig noch 3 andere, interne Aerzte. Die Kranken haben kleine Marken als Einlasskarte.

Dr. Beigel beschäftigt sich ausser mit *Gynækologie* viel mit *Epilepsie* etc.

Schöner Fall von *Hydrocephalus* bei einem Kinde, acut bekommen, jetzt chronisch. Grosse Fontanelle kaum 20 cm. gross.

Gynækologie : Untersuchung auf breitem, hohem Tisch, Polster unter dem Kopf. Linke Seitenlage; der linke Arm hängt hinter dem Rücken hinunter. Kniee gebogen. Diese und die Füsse beisammen. Sims- Spiegel.

Carcinoma cervicis bei einem 25jährigen Mädchen ; die ganze Cervical-Portio ergriffen ; soll mit dem, ihm von Middeldorph geschenkten galvanocaust. Apparate nächstens operiert werden.

Retroflexion, bald nach dem Wochenbett entstanden, grosse Mattigkeit, Schwäche, Stuhlunregelmässigkeit, Hæmaturie ; Fluor.-Pat. soll erst Einspritzungen machen, dann will er aufrichten. Nebenbei erhält sie Ferrum.

Anteflexion nach einem Abortus bemerkt. Die (Anteflexion bestand schon früher und verursachte den Abortus.) Pat. hat 7 Entbindungen durchgemacht, alle gut und 2 Abortus. — Fluor albus, Schmerzen. *Therapie :* Einspritzungen, Abführmittel, später wieder aufrichten.

Bei Chron. Metritis gibt *Beigel* Abführmittel. (Quecksilber hasst er und gibt es kaum zweimal im Jahr.) *Braxton Hicks* Wendung macht er öfters, glaubt aber nicht, dass sie grosse Anwendbarkeit besässe. — Heute hatte er einen Fall von *Placenta prævia.* In der stationären Abteilung befindet sich ein Beckenabszess etc.

69. *Besuch bei Dr. Braxton Hicks* am 21. Januar 1868. Mittags $12^1/_4$ h.

Braxton Hick hält Donnerstag und Samstag von 12 h. an gynækologische Outpatients-Klinik und macht Montag und Freitag von $1^1/_2$ h. an Visite bei seinen stationären Kranken. Er hat 25 gynæk. Betten und Extrazimmer für Kaiserschnitt, Eklampsie etc. Diesen Winter machte *B. H.* einen *Kaiserschnitt*; Pat. bekam Erbrechen und dem schreibt er die tötliche Peritonitis zu. Ihm ist Kaiserschnitt eine gewagte Operation, wenn auch GREENHALGH nahezu zwei gerettet hätte. — Von ETHERSPRAY verspricht er sich nur bei kleinern Operationen Nutzen. — Von seiner kombinierten Wendung verspricht er sich in jedem Falle von Placenta prævia guten Erfolg. — In Betreff der Eklampsie glaubt er, seien wir noch nicht ganz im Klaren. Er sah *nach* den Anfällen konstant Eiweiss, oft auch Epithelcylinder; seltener sah er Albuminurie schon bei dem Anfalle. Nach den Anfällen nimmt der Eiweissgehalt gradatim ab. Er glaubt nicht an eine präexistierende Nierenerkrankung als ætiologisches Moment. Woher kommt das Albumin? Die Contraktionen bei den Convulsionen können sie nicht bewirken, wenn Albumin gleich bei den Anfällen auftritt; auch wird bei den sehr ähnlichen epileptischen Anfällen nur selten Albumin gefunden. — Der Druck des Uterus scheint viel Ursache zu sein. *Vielleicht* liegt aber der ganzen Erkrankung eine *Blutvergiftung* zu Grunde, die auf das Gehirn wirkend, Konvulsionen hervorruft und auf die Nieren wirkend Albuminurie bewirkt.

70. *Ovariotomie von Spencer Wells*, am 22. Januar 1868. $2^1/_2$ Uhr.

Mary Ambroise, 34 Jahre alt, ledig, schon 5 mal punktiert, wobei jedesmal 12-20 Pfund Flüssigkeit entleert wurden, das letzte Mal vor einigen Wochen. Bauch sehr gross, prall gespannt. Decke nicht dick; es wird eine grössere Vene durchschnitten, die Blutung steht bald, nachdem die Vene mit einer Presse artère gefasst worden war. Schnitt $4^1/_2''$. Cyste bläulich-grau. Einige leichte Adhæsionen vorn, die zerrissen werden ohne Blutung zu verursachen. Die punktierte Cyste entleert sich leicht; Inhalt graubraun, dünnflüssig; endlich wird mit einiger Mühe eine Mannskopf-grosse, feste Partie mit vielen kleinen Cysten herausbefördert. Stiel lang, in Klammer gelegt. Rechtes Ovarium gesund. In der Bauchhöhle kaum eine Spur Blut. 8 Nähte etc.

Narkose sehr ruhig verlaufen.

Sehr grosse Cyste, zeigt innen an der letzten Punktionsstelle ein Nuss-grosses Conglomerat von Coagula. Die ganze Innenfläche ist flockig.

Der behandelnde Arzt und SIR WILLIAM FERGUSSON (der mit-assistiert) sind zugegen.

WELLS erzählt mir, dass die am 8. Januar operierte Frau am fünften Tage starb, dass aber die Sektion nicht gemacht werden konnte. Todesursache:

Peritonitis. Starkes Fieber, hoher Puls. — Die am 2. Januar operierte 22jährige Frau ist vollständig geheilt und zum Austreten bereit. — Vier andere Personen mit Ovarialcysten sind da. Eine mit einer ganz einfachen, uniloculären Cyste, welche man gestern punktierte, um ihr diese Chance zu lassen. — Eine andere Pat. kam gestern an, mit sehr stark aufgetriebenem Abdomen, prall gespannt, multiloculärer Tumor, bedeutendes Oedem der Beine. — Eine dritte kam sehr erschöpft, heruntergekommen, mit starkem Erbrechen; auch diese wurde punktiert (nachdem ihr schon früher viele Punktionen gemacht worden waren). um sie momentan von ihrer grossen Geschwulst zu erleichtern, bis sie sich etwas erholt hat, um operiert werden zu können. — Eine vierte auch punktiert.

71. *Braxton Hick's Outpatients in Guys-Hospital;* besucht Donnerstag den 23. Januar 1868.

$12^3/_4$-3 Uhr. Es dauert von 12-4. Die *stationäre und ambulator.-gynækolog. Abteilung* befindet sich in einem der neuen Gartengebäude, ziemlich entlegen vom Hauptspital. Auf zwei Seiten frei; die dritte Seite gegen eine enge Strasse. Geräumiges Wartezimmer für 150 Personen und mehr. Das klin. Zimmer schlecht erleuchtet durch zwei Fenster mit Milchglas. Hinter einer spanischen Wand steht das eine Untersuchungssopha, in einem Nebenzimmer das andere. Waschapparate mangelhaft. Eine Wärterin ist nicht immer zur Hand. Zwei Assistenten fertigen, ehe *Hicks* erscheint, die alten Patienten ab, wobei eine von 12 untersucht wird; ebenso fangen sie es mit den Neuen an, von denen auch nur ein kleiner Teil untersucht wird; wenn *Hicks* weggeht, fertigen die Assistenten die Ueberbleibenden noch ab. Krankenexamen kurz, nur auf die inneren Genitalien zielend; vom Untersuchungsbefund wird nichts notiert, sondern nur Name, Alter, Datum, Diagnose und Medikation bemerkt. Die Scheine werden zusammengeheftet.

Urethritis: ein dicker, männlicher Katheter wird 2″ tief in eine starke Tanninlösung getaucht und dann in die Urethra eingeführt.

Die Exploration wird in linker und rechter Seitenlage, zum Teil Sims-Lage, vorgenommen, Speculation ebenso; nur die Untersuchung der äusseren Genitalien in der Rückenlage. Tubenförmiges Speculum mit Spiegelbelag. Simpson'sche Uterussonde. Der Finger wird mit Oel befeuchtet.

Epitheliom der linken grossen Labie: Die hintere Partie ist ganz verloren und zeigt sich als ein grosses Ulcus mit schlecht aussehendem Grunde. Die obere Partie ist vergrössert; unregelmässig wuchernde Neubildung. Es soll die Amputation gemacht werden.

Ovarientumor: starke Auftreibung in der rechten Seite, Schmerz. Dabei stin-

kender Vaginalausfluss. Man vermutet eine maligne Neubildung; es erweist sich der Tumor bei der Untersuchung aber doch als Cyste.

Uteruscarcinome: verschiedene, zum Teil bei ganz jungen Personen. HICKS benutzt die Zeit des Auftretens der Schmerzen zur Differenzial-Diagnose; ob nur anfangs der Nacht oder die ganze Nacht hindurch. — Blutige Entleerungen ausserhalb der Menstruationszeit sind verdächtig. — *Behandlung:* Abführmittel, Colocynth., Einspritzungen von Tannin, Ferrum sulf. und gegen Schmerzen Morphium.

Cervixulcera: Hicks äzt am liebsten mit Zinc. chlor. doch auch mit $Fe^2 Cl^3$ etc.

Subinvolution nach Entbindung. Er hält es für unrichtig, wenn man so oft Subinvolution des Cervix ohne Vergrösserung des Corpus findet und wenn man demgemäss nur lokal behandelt. Er findet unter 10 Fällen 9 mal das Corpus und den Cervix gleichmässig subinvolviert, nur einmal den Cervix allein. Daher allgemeine Behandlung, Ka. J., gegen die Blutung. Tannin-Einspritzung, Ferr. sulf. etc.

Prolaps: Prolaps des Uterus ist viel seltener als derjenige der hintern und besonders der vorderen Vaginalwand. Er versucht verschiedene Arten von Pessarien, was gerade passt. HODGES Pessarien braucht er mehr für Retroversionen.

Beckencellulitis: Uterus meistens verzogen; Die Schmerzen finden sich mehr auf der andern Seite als derjenigen, gegen die der Uterus hingezogen ist. *Behandlung:* Abführmittel, Injektionen.

Retroversion und Retroflexion: Retroflexion entsteht oft durch Ueberfüllung der Blase allein. Bei Retroversion und Retroflexion hat HICKS mit HODGES Pessarien bisweilen vollständige Heilung erzielt. Im Ganzen scheint er kein Freund von Cervixincisionen zu sein, besonders nicht bei Anteversion und Anteflexion. Bei dieser ist die vordere Wand am inneren M.m. sehr dünn. Der Stützpunkt ist hinten und in den Seiten. Schneidet man nun beide Seiten ein, so schwächt man diese Partie am inneren M.m. so, dass die Knickung nur eine um so vollständigere wird. Er will gegen die Dysmenorrhœ den Cervix mit Pressschwamm erweitern und dann den Uterus aufrichten und in der guten Lage zu erhalten suchen. —

HICKS erzählt von seinem jetzt in Behandlung stehenden Falle von *Eclampsie*, dass er die künstliche Frühgeburt eingeleitet habe. Im Ganzen etwa 9 Anfälle. Puls nicht über 80. Erstickungssymptome stark. — Weil der Puls langsam, machte er keinen Aderlass, sondern gab Abführmittel. Es geht gut.

72. *Besuch bei Dr. Hermann Beigel,* Finsbury Square, am 23. Januar etc. etc.

Menstruation: Eintritt derselben, zirka 150 Fälle in Tabellenform; ein Fall von 9 Jahren, 11 Fälle von 10 Jahren; das Maximum befindet sich bei 13

Jahren, während andere Beobachter (60,000) es auf 15 Jahre schätzen. Er verfügte über eine kleinere Anzahl von Beobachtungen über das Aufhören der Menstruation.

Sterilität: er ist im Begriff ein Werk: « *Hundert Fälle von Sterilität* » zu veröffentlichen, wobei die konischen und rüsselförmigen Formen der Vag. portion (Skizze) eine grosse Rolle spielen. (In der Berliner klinischen Wochenschrift hat er schon einige Abschnitte des Werkes veröffentlicht.) 23 Fälle wurden operativ behandelt, davon wurden 8 schwanger.

Drahtspeculum. Füllhornförmig (Skizze), wie es z. B. Head gebraucht, findet sich schon in einem 1650 geschriebenen, italienischen Werke über Geburtshülfe angeführt, um bei Frauen angelegt zu werden, die Sitzbäder nehmen sollen etc.

73. *Gynækologische Abteilung* im *Guys-Hospital*, besucht am 24. Januar 1868.

Zwei Sääle mit je 12 Betten, zwei Treppen hoch, im neuen Gebäude. Sääle sehr luftig, hell, je ein Kamin, Ventilationsöffnung; die Sääle stehen durch weite Oeffnungen miteinander in Verbindung; durch ein grosses Vorzimmer, an das auch das Operations- und Untersuchungszimmer anstösst, stehen sie mit allgemeinen Krankensäälen in Verbindung. — Betten mit Vorhängen, alles sehr reinlich, fast elegant.

Eclampsie am achten Tage, wohl, bekommt kräftige Kost (Eier, Fisch); hatte bisher Purganzen, jetzt nicht mehr. Noch eine Spur von Albuminurie; gewöhnlich schwindet diese erst am zwölften Tage, nachdem die Abnahme eine gradatim gehende war.

Grosses Fibroid in der vorderen Muttermundslippe; vor 14 Tagen machte Hicks vom Mm. aus zwei seitliche Einschnitte in die Kapsel und wartet nun, bis das Fibroid sich spontan abstösst, was jedenfalls einen oder einige Monate dauern wird; dabei werden Injektionen gemacht. Tannin etc. Starker Ausfluss.

Carcinom der Blase. Aeltere Frau, bei der nun auch Lungensymptome aufgetreten sind, die eine Metastase vermuten lassen. Einspritzung von Tannin (auch $Fe^2 Cl^3$) in die Blase. Es ist beständig Hæmaturie da.

Epitheliom des Cervix: 31jährige Frau, sehr viel (sypath.) Schmerzen im Rücken.

Dysurie: Ziemlich junge Person, die beständig urinieren musste. Durch Einspritzung von Aqua und Tanninlösung hat sich die Blase nach und nach ausgedehnt und der Urin wird nun nur noch alle $1^1/_2$-3 Stunden gelassen.

Schleimhautpolypen im Cervicalkanal: Sie werden von Hicks mit dem Constrikteur und vielfachem, dünnem Drahte, ohne Speculum auf einmal abgeklemmt und auf die blutende Stelle eine Zeitlang Lint mit $Fe^2 Cl^3$ aufgepresst. Operation ohne Chloroform; in linker Seitenlage. Hicks operiert meist mit dem

ganz einfachen Constrikteur und seinem sehr geschmeidigen, vielfachen Drahte, den er in verschiedener Stärke hat. Den Ecraseur benutzt er nur, wenn der Polyp aussen sichtbar ist und einen sehr langen Stiel hat. Die Kette hat mehr Kraft, ist aber schwerer anzulegen. Bei Polypen, hoch im Uterus, legt er den dicken Draht mit Hülfe zweier Stäbchen aus dünnem Drahte an (Skizze). Er hat 60-100 Fälle so operiert; kein Todesfall, während früher beim Abbinden viele Patienten an Pyæmie zu Grunde gingen. Er operiert schon 8″ lange Polypen, die im Fundus des hochstehenden Uterus beginnen und bis vor die äusseren Genitalien reichen. *Hicks* ist ein Freund der kleinen *Cephalotrihe* mit 2″ Kopfkrümmung, nach vorhergehender *Perforation;* doch wendet er auch *Simpsons-Cranioclast* an. Beim nachfolgenden Kopf perforiert er am Hinterhaupt und cephalothripsiert oder setzt den stumpfen Hacken ein. Bei sehr engem Becken $1^1/_2$″ (Rhachit) trug er das ganze Schädeldach ab, konnte aber nicht cephalothripsieren, daher wendete er und brachte den nachfolgenden Kopf in Gesichtslage, worauf er ganz gut geboren werden konnte.

Seitdem wir über das Chloroform verfügen, wird die Embryotomie selten nötig.

Ist ein Arm vorgefallen und eingeklemmt, so zieht er diesen noch mehr herab, bis er zum Steiss gelangt; ergreift diesen und extrahiert ihn; so vermeidet er die Embryotomie.

74. *Outpatients von Dr. Braxton Hicks*, Guys Hospital, Samstag, den 25. Januar 1868.

Abdominaler Tumor: Blase nicht gefüllt. Fluktuation zu fühlen. Uterus fixiert. Vaginalportio nach hinten dislociert, klein. Mm. nicht offen.

« *Ovarialtenderness* »: Die linke Ovarialgegend per vaginam schmerzhaft. *Verlängerung der Vaginalportion* auf 5″, einen Prolapsus uteri vortäuschend; die Vag. port. ragt $1^1/_2$″ weit vor die äussern Genitalien, ist stark verdickt und intensiv rot; die Sonde kann durch den weiten Mm. leicht $6^1/_2$″ tief eingeführt werden Die rationellste Behandlung ist Amputation der Vag. port. Doch sah Hicks auch guten Erfolg vom Zurückbringen der Vag. port. in die Vagina und Zurückhaltung in dieser Lage durch ein « *Stem Pessarium* » mit T-Binde; es tritt bisweilen bedeutende Verkleinerung der Vag. port. ein. Patientin, die eine Operation nicht wünscht, bekommt ein Pessarium.

Hicks katheterisiert noch in der Seitenlage.

75. *Ovariotomie im Guyshospital,* von Hicks und Durham; am 25. Januar 1868, mittags 2 Uhr.

Abgesondertes, kleines Gebäude im Garten des Hospitals; es scheinen gar keine andern Patienten darin zu sein. Grosses, niederes, geweisstes Zimmer,

durch zwei grosse, aber trübe Fenster schlecht erleuchtet. Operationstisch zwischen den Fenstern, Fussseite dem einen Fenster etwas mehr zugewandt. — Bett an der Wand. Durch ein starkes Kaminfeuer ist die Temperatur auf 65° F. gebracht. — Pat. elend aussehend, liegt mit erhöhtem Kopfe auf dem kurzen Tische, über den die Beine herabhängen. Gegen Flüssigkeiten ist sie nur schlecht durch die wollene Decke geschützt.

Chloroform mittelst eines kleinen Kastens appliziert; die Zunge wird mit einer Pince à crémaillère während der ganzen Operation herausgezogen. — Mehrmals wird Patient sehr blass und leichenähnlich. *Narkose* übrigens ruhig, ohne Erbrechen. — Bauch prall gespannt, gross. Unterhalb des Nabels die Narbe einer Punktionsöffnung, um welche herum das Zellgewebe verdickt und die Haut gerötet ist.

Durham operiert: Hautschnitt in der linea alba, 4" lang, eine kleine Arterie torquiert. Die Muskulatur auf der Hohlsonde durchtrennt. Beim Durchschneiden des Bauchfells kommt ziemlich Blut in die Bauchhöhle. — Cyste ohne Adhæsionen, bläulich. Punktion mit ziemlich dickem Troicart gibt anfangs nichts: bei Bewegung der Canüle entleert sich dann graugelbe, eitrige Flüssigkeit mit weissen Flocken, ab und zu auch Blutspuren, langsam und stetig durch den 3' Durchmesser haltenden Schlauch. Nachdem die Cyste etwa 15-20 Schoppen ihres Inhaltes verloren hat, wird sie von Hicks mit einer starken Muzeux-Zange vorgezogen, wobei die Cyste aber einreisst und viel dicken Eiter entleert. Nachdem so ein gutes Stück entwickelt ist, werden einige Messerimissionen gemacht und dadurch viel Eiter entleert. Endlich wird die ganze Geschwulst, die zu einem Teile fest ist, herausbefördert; sehr grosse, dickwandige Cyste mit starken Gefässen an der Aussenfläche; am Basalteile läuft die Tuba Fallopiæ einige" weit darüber. Der lange Stiel, mit sehr dicken Gefässen wird mit einer Nadel durchstochen und so in zwei Teilen mit dicker Seide « en masse » abgebunden, die Fäden kurz abgeschnitten und der Stiel in die Bauchhöhle versenkt. — Die Reinigung der Bauchhöhle von Blut und grossen Blutgerinnseln nimmt längere Zeit in Anspruch; mit neuen Schwämmen werden die Därme säuberlich abgewischt. — Durch 6 Metallsuturen wird die Wunde vereinigt; das Bauchfell wird mit durchstochen. — Verband, wobei Pat. lange Zeit entblösst bleibt; in's Bett getragen, noch in Narkose. — Dauer der Operation, ohne Narkose, 35 Minuten etc.

76. *Ovariotomie von Wells*, am 29. Januar 1868, $^1/_2$3 Uhr.

Rosa Allen, ledig, 32 Jahre alt, hat eine sich rapid in zwei Monaten entwickelnde Ovarialgeschwulst. Aussehen schlecht, verfallen. Abdomen enorm ausgedehnt, sehr stark gespannt, beträchtliches Oedem der Bauchhaut. — *Me-*

thylennarkose durch Dr. Junker, anfangs sehr unruhig, dann gehemmte Inspiration mit stossweiser Expiration; Augen nach innen und oben rotiert; nachdem dieser Krampf nachgelassen hat, stellt sich Erbrechen ein; da dabei die Narkose ausgesetzt wird, kommt bald Schmerzensäusserung in Form von Stöhnen hinzu; nach neuer Narkose wird Patient endlich ruhig. Sir Will. Fergusson assistiert. Beim Hautschnitt spritzen einige gespannte Venen, die Wunde klafft sofort einige Zoll, das Gewebe sieht schmierig, stark œdematös aus. Die Hautdecken sind aber so dünn, dass beim zweiten Schnitt aus freier Hand die Bauchhöhle eröffnet wird und mit Macht ascit. Flüssigkeit ausspritzt. (Pat. atmet schlecht, jedoch achtet Wells nicht darauf, sondern operiert flink weiter; noch mehr entleert sich, als die Wunde auf 4″ erweitert ist. Nun wird die Cyste sichtbar, blaugrau, von unregelmässiger Oberfläche; der Schnitt wird auf 6″ erweitert. — Beim Punktieren reisst die Cyste ein, so dass der Troikart sofort wieder entfernt wird. Spontan und mit den Händen entleert, kommt nach weiterer Einreissung der dünnen Wand eine grosse Masse trüber, gelblich-grauer, dickflüssiger Flürsigkeit mit einzelnen weissen Fetzen zum Vorschein; mit der Hand werden nun Dutzende von kleineren Cysten eingerissen und so endlich die Hauptcyste der Oberfläche nahe gebracht. Das ganze Netz inseriert vorn und wird in vielen Fetzen abgelöst, wobei zwei Klammern angelegt werden. Eine Nebencyste wird für den Stiel gehalten und in die Klammer gelegt; nachher wird erst der eigentliche Stiel gefunden, mit grossen Gefässen; ziemlich lang, kann er leicht mit der Klammer gefasst werden; die Cyste wird nun abgeschnitten (die in toto entfernte Masse wog $18^1/_2$ Pfund, die Flüssigkeit etwa 30 Pfund).

Da in den Bauchdecken ein Gefäss blutet, wird eine Ligatur angelegt, von der der eine Faden lang gelassen wird; dann werden um etwa 6 Zipfel des Netzes, das federkieldicke Gefässe zeigt, Seidenligaturen gelegt und diese kurz abgeschnitten, sowie dicht vor den Ligaturen die Netzfetzen. Nun werden die Wundsuturen angelegt und nachher das während dieser Zeit unbedeckt auf reinen Servietten ausgebreitete Netz nochmals untersucht und zwei kleine Ligaturen an demselben angelegt. Darauf werden die einzelnen Zipfel zusammengelegt. (Während dieser Zeit bricht Pat. oder macht Brechbewegungen.) Jetzt wird die Bauchhöhle mit Schwämmen gereinigt (es war viel Cysteninhalt und Blut ergossen); das Netz wird zusammengewickelt und reponiert, hierauf die Wunde mit 8-9 Suturen geschlossen, der Stil mit $Fe^2 Cl^3$ betupft und der Verband mit viel Watte angelegt. Das Netz blieb etwa 20 Minuten entblösst und wurde von verschiedenen Händen gefasst und gezerrt.

Die Geschwulst ging vom rechten Ovarium aus; das linke Ovarium ist gesund. Die Operation dauerte 40-45 Minuten.

Die Patientin von 8 Tagen liegt munter im Bett, ohne je Schmerz oder Uebelsein gehabt zu haben.

Die Patientin von 4 Wochen will noch bessere Gesichtsfarbe abwarten, ehe sie austritt.

Eine Patientin mit Ovarientumor, Ascites und Hydrothorax hat starke Dyspnöe. WELLS lässt das Fenster öffnen und Brandy und Wasser geben.

77. *Abschiedsbesuch bei Palfrey* am 1. Februar 1868.

Vor 5 Tagen machte PALFREY eine *Ovariotomie*, Pat. befindet sich wohl.

Vor einigen Tagen machte er eine *Discission der Cervix*, die er bis jetzt etwa 250 mal gemacht, und wobei er nur einen Todesfall gehabt hat. Diese Patientin bekam starke Nachblutung, am dritten Tage und als PALFREY nach weitem Wege ankam, hatte die Patientin schon beträchtlich Blut verloren. Vergebens wurde mit Fe^2 Cl^3 tamponiert; sie starb infolge unstillbarer Blutung.

78. *Abschiedsbesuch bei Dr. Braxton-Hicks* am 1. Februar 1868.

HICKS berichtet, dass seine *Ovariotomierte* am 31. Tage an Peritonitis starb. Vorgestern (und das soll ich Sir James SIMPSON erzählen) hatte er einen Fall von *Kopflage bei engem Becken;* vergebens wurde die *Zange* angelegt, dann eine schwierige *Wendung* gemacht und das Kind dennoch lebend geboren; es atmete schwach, kam aber durch *Lufteinblasen mit dem Katheder* zu sich.

HICKS kommt eben (und auch das soll ich berichten) von einem Falle von *Gesichtslage*, mit Stirn nach vorne, bei *querverengtem Becken*. Er perforierte und kephalothripsierte mit seiner (nach der *Simpson'*schen) modifizierten Kephalotribe; in $^1/_4$ Stunde war die Operation getan.

HICKS gebraucht den *Short Forceps* selten; er braucht nur eine *Zange*, sehr leicht gebaut, mit schwacher Kopf- uud Beckenkrümmung und sehr geringer Breite der Blätter. Die Griffe sind schmal, glatt, nur 3″ lang und von ihnen aus verlaufen die Blätter anfangs parallel, so dass ein Finger eingelegt werden kann (Skizze). Der Drehpunkt ist eigentlich über den Schlossteil hinaus an den Punkt verlegt, wo die Blätter winklig auseinander gehen. Mit den kurzen Griffen kann man viel weniger Gewalt anwenden, und das wünschen die Engländer eben.

In *Dublin* wird eine sehr lange gerade Zange als Schulzange gebraucht. (Skizze).

HICKS *Kephalothribe* ist eine Modifikation der SIMPSON'schen; sehr kurz, schmal. Distanz der Blätter $^3/_4$″. Blätter solid, mit breiter, seichter Vertiefung, die einige Zähne tragen. Beide (ganz metallene) Handgriffe haben ovale Löcher am Ende; am rechten Blatte wird eine Schraubenmutter mit einem Nussgelenk befestigt; die Schraube geht durch's linke Blatt durch und aussen an diesem

ist der Drehapparat mit drei Spangen. Das Nussschloss gestattet ein müheloses Zuschrauben, bei jeder Distanz der Blätter.

Hicks braucht den Kephaloclast bisweilen bei sehr engem Becken; jedoch wo er die Kephalotribe anlegen kann, glaubt er mit ihr rascher zum Ziele zu kommen. — Den *scharfen Hacken* liebt er zwar gar nicht, braucht ihn aber doch bisweilen, wenn die Kephalothribe nach der Zertrümmerung des Schädels beim Extrahieren abgleitet.

GLASGOW

79. *Glasgow Lying in Hospital.* Besucht am 5. Februar 1868. Mittags 4 Uhr.

Ursprünglich nur für verheiratete Frauen bestimmt, nimmt es auch Ledige auf. Es ist auf dem Gipfel eines Hügels gelegen, jedoch nicht frei, sondern an engen Strassen. 2 Stockwerke. Verhältnismässig grosse, schlecht schliessende Fenster, deren eine Scheibe überdies durch ein feines Drahtgitter ersetzt ist. Kleine Zimmer; keines ins andere mündend; über der Gangthüre ein Luftloch. Im Ganzen 30 Betten. Parterre-Zimmer des Arztes und ein Bureau für den Dispensary-Arzt; daneben Wartezimmer für die Outpatients (auch Gynækologie und Kinderkrankheiten). Zimmer mit 3 Betten für Schwangere. — Im obern Stock grosses Geburts- und Operationszimmer, zugleich auch für Vorlesungen. Unter demGebärbett ein Kasten, in den alle Wäsche der Frau geworfen wird, um dann zur Wasche gebracht zu werden. — Das Operationsbett ist breit und hoch, mit entfernbarem Fussbrett. — Mehrere kleine Wochenzimmer, alle für 3 Betten, nebeneinander. Wände ölgemalt, keine Schränke etc. im Zimmer, 2 Waschbecken! Kinder im Bett der Mutter. Einige Zimmer mit einem Bett für Privatentbindungen. Grosses Rekonvaleszenz-Zimmer. — Gewöhnlich werden die Frauen erst kurz vor der Entbindung aufgenommen; jedoch Ausnahmen. — Gesunde bleiben 10-12 Tage; vor der Entlassung stehen sie 2-3 Tage auf. Kranke, besonders Puerperalkranke, kommen sofort in den « Feverward ».

In einem Jahre finden etwa 250 Entbindungen statt; 33 operative Fälle. Mortalität durchschnittlich 1 %. Seit dem Bestehen der Anstalt etwa 5-7 Puerperalepidemien. Keine Temperaturmessungen etc.

80. *Dr. Wilson, Physician am Lying in Hospital.*

Oefter *Ecclampsie,* die manchmal, jedoch nicht immer, mit Nierenkrankheiten zusammen vorkommt. *Chloroformnarkose* tat sehr gute Dienste; dabei *Ka. Br.* innerlich. Vom Aderlass hält Wilson nicht viel. Er gebraucht viel *Laminaria* und *Pressschwamm,* die er mit einer Zange einführt; er hat sie zum Teil hohl. Statt *Secale* gebraucht er eine Lösung von *Ergotin in Ammoniak.* Dieses letztere verstärkt die Wirkung des Ergotins und macht es haltbarer.

Sectio cæsarea machte er zweimal an der toten Mutter. — Er scheint viel *Chloroform* und *Aether* zu gebrauchen. — *Specula* teils Milchglas, teils ein zweiklappiges Gitterspeculum. — *Constrikteure* für Uterusoperationen. — *Nabelschnurrepositorien* scheint er zu gebrauchen (Skizze). *Zange:* sehr kurz. Blätter breit; grosse Kopf- und auch etwas Beckenkrümmung. Griffe breit, kaum 2" lang (Skizze).

81. *Huntarian Museum. University College.* High-Street.

Isoliertes Gebäude hinter dem Hofe des grossen, altertümlichen Collège. Im obern Stockwerke geologische Sammlung etc. Im Sousterrain *anatomische Sammlung*, wozu ein Katalog vorhanden. Schöne Injektionspräparate der Menningen. — Entwicklungsgeschichte: Schulterblatt, Röhrenknochen, Schädel. — *Gravider Uterus:* schöne Traubenmolen; invertierter Uterus. Placentarstellen: Thromben in den Venen. — *Monstra:* Bauchhernien, Spina bifida etc.

82. *Dr. George Buchanan,* Surgeon and Royal Infirm; Anatomielehrer an *Andersonion University.* Seciersaal für etwa 20-24 Mann. Etwa 8-10 Tische; diese schmal und kurz. Material und Präparationskunst mässig. Neben an ein kleines Museum von *Buchanan* angelegt. — Unter den Präparaten ist eine grosse, aufgeblasen getrocknete *Ovariencyste,* der erste günstg abgelaufene Fall in *Glasgow,* den *Buchanan* im Jahre 1864 operierte. Seitdem er operiert, starben ihm von 16 : 9; also schlechtes Resultat. Er braucht stets *Wells'* Clamps etc.

83. *Royal Infirmary,* in connexion with Andersonion University. Am Nordostende der Stadt *Glasgow.* Besucht am 5. Februar 1868. Morgens $8^1/_2$ Uhr.

Auf einem Hügel neben der Kathedrale frei gelegen, besteht die Anstalt aus 3 grossen, durch Höfe und Gärten getrennten Gebäuden, dreistöckig, massiv aus Stein. Das Frontgebäude birgt Verwaltungsräume, Küche, Vorratsräume und interne Abteilung. Ein mittleres Gebäude enthält die Fieberkranken und einen Teil der Chirurgie. Das nördlichste grösste Gebäude ist für Chirurgie. Im ganzen sind 600 Kranke da, wovon 280 chirurgische, von denen Dr. G. Buchanan etwa $^1/_3$ besorgt. Es sind 3 Surgeons da. — Geräumige Gänge, Zimmer luftig, sehr reinlich, eiserne Betten. Künstliche Ventilation vorhanden, wird jedoch nicht gebraucht, indem Fensterlüftung und Kamine für ausreichend betrachtet werden. — Sehr viele, kleine Zimmer für 1-2 Betten, auch Sääle für etwa 16 Pat. — Durch alle Stockwerke geht eine Winde, um die Kranken zum Operationssaal hinaufzuwinden. — *Operationssaal* ein prächtiges Theater. Raum für 200 Personen. Schönes Oberlicht und Seitenlicht. Gute Wacheinrichtungen. Guter, aber plumper Operationstisch. — Mittwoch und Samstag wird um $8^1/_2$ Uhr operiert. Dienstags und Freitags: Clinical Lecture über die Fälle, bei

denen Montags und Donnerstags Visite gemacht worden war. Die wichtigen Fälle besorgt der Housesurgeon (BUCHANAN jr.) selbst, die anderen haben ihre bestimmten Dressers. — Ein Saal ist für « Accidents » bestimmt. Grundsatz ist: möglichst wenig Verband anzulegen etc. etc.

Anus præternaturalis bei einer Frau, bei der 9 Monate kein Kot per anum abging. Mit DUPUY-Scheere behandelt, jetzt fast geheilt; trägt ein Kompressorium etc. etc.

84. *Gartnavel Royal Lunatic Asylum:* Besucht am 6. Februar 1868. 11¼—1 Uhr etc. etc.

EDINBURGH

85. Besuch bei *Dr. Thomas Keith,* North Charlotte Str. 2, am 7. Februar 1868.

Thomas KEITH hat nun bald *70 Ovariotomien* gemacht und 14 Patienten dabei verloren. Die letzten Fälle seien alle sehr kompliziert gewesen. — Neulich operierte er eine bösartige Neubildung, durch welche das Colon transversum verlief; 30 Seidenligaturen liess er in der Bauchhöhle. — Die Frau genas. — Er hat keinen Spital, sondern eigene Betten in einem Privathause.

86. Besuch bei Sir J. J. SIMPSON, Queen-Str. 52; am 7. Februar 1868.

Er beschäftigt sich noch viel mit Acupressure, welche von Dr. WATSON, Surgeon, geübt wird. — Alle Tage 11 Uhr ist Clinical Lecture. Von 12-2 sind chirugische, geburtshülfliche und interne Kliniken. — Seine Abteilung, bestehend aus 12 Betten, ist nur für operative Fälle.

87. *Royal Infirmary Edinburgh,* Infirmary-Str., besucht am 8. Februar 1868.

Mitten in einem bevölkerten Viertel mit dichtgedrängten Häusern und dazu ziemlich tief gelegen, hat das für 400 Kranke dienende Spital nicht allzuviel Luft. Grosses Mittelgebäude mit seitlichen Flügeln, die einen Hof umschliessen. Man baut noch dazu. Enge, niedere Gänge. Krankenzimmer sehr hoch, luftig, Ventilation; 10-12 Betten in grossen Säälen und kleinere Zimmer. Eiserne Betten. Bettzeug nicht allzu reinlich, ebenso die Verbände. Die Kranken liegen zum Teil halbangekleidet im Bette. — Die klin. Vorlesungen werden in einem besondern Zimmer gehalten, in das nur der vorzustellende Kranke gebracht wird. *Gynækologische Vorlesungen* werden in der Universität gehalten. Die chirurg. Abteilung steht unter SYME (klin. Chirurgie), SPENCE (theoret. Chirurgie), GILLESPIE und WATSON. -- *Geburtshülfe* ist nicht im Spital vertreten; es besteht dafür eine kleine Maternity, deren nomineller Chef SIMPSON ist, die aber von zwei Accoucheuren besorgt wird. — Die *Gynækologie* steht unter SIMPSON und DUNCAN mit je 11-12 Betten. *Simpsons Abteilung:* ein Saal mit 12 Betten, ziem-

lich luftig, nicht allzu hell; in der Mitte ein steinerner Weg; neben daran ein kleines Untersuchungszimmer.

88. *Simpsons Abteilung*, besucht am 8. Februar.

Aeltere Frau mit *Carcinom des Cervix,* schon auf die vordere Vaginalwand übergehend, nicht operabel. Untersuchung in linker Seitenlage. Gegen den Gestank Suppositorien aus Cerat und Butyr. Kakao mit Karbolsäure. Gegen Carcinom wurden von SIMPSON auch Einspritzung von Essigsäure in das ergriffene Gewebe (Vagina und Cervix) gemacht und alle 3 Tage wiederholt; die Essigsäure soll die Zellen schrumpfen machen, wie sie es auch mikroskopisch tut. Der Erfolg ist gut, jedoch noch kein bestimmtes Urteil, etc.

30jährige Person mit *Uteruspolyp*, vor 4 Tagen operiert. Seit heute etwas rascher Puls, schlecht aussehend. Die Operation wurde mit *Simpson's Polypotom* gemacht, das man viel anwendet. Ist der M.m. dafür nicht weit genug, so erweitert man mit Pressschwamm. — Bisweilen auch Ecrasement bei sehr dickem Stiele.

Alle Operationen unter *Chloroform*. ETHERSPRAY auch beliebt etc.

Fall von *Hystralgie.*

Fall von *Gonorhoe.*

Blasenscheidenfisteln oft vertreten. Simpson operierte selbst eine, nicht ganz glücklich.

Ovarialtumoren, auch kleine, werden der Diagnose wegen aufgenommen. SIMPSON behandelt jetzt einen Fall in seinen Hauskonsultationen, wo der Tumor noch im Becken sitzt, durch Druck auf den Mastdarm viel Beschwerden macht und durch Fingerdruck nicht über den Beckeneingang erhoben werden kann. Explorationsakt ergab nichts, wohl also fest (Skizze von Polypen) etc.

89. *Gillespie's chirurgische Abteilung*, besucht 8. Februar 12-1 Uhr etc.

90. *Vorlesung von Simpson in der Universität,* am 10. Februar 1868 von 11-12 Uhr.

Uteruspolypen (nachdem er vorher die *Unzulässigkeit der Uterusextirpation* wegen grosser Uterusfibroide besprochen; die amerikanischen Statistiken geben 6 Genesungen in 48 Fällen, während BAKER BROWN unter 48 Ovariotomien nur etwa 6 verlor): verschiedener Sitz, Grösse, Art des Stiels. *Symptome:* oft Amenorrhoe, so dass er galvanische Pessarien gab; oft Dysmenorrhoe, sehr oft schwere Blutungen; neulich verlor ein Kollege eine Frau mit intrauterinem Polypen infolge Blutung. *Therapie:* natürlich taugt kein inneres Mittel. Entfernung ist das einzige, was selbst bisweilen die Natur durch Gangräen des Stiels bewirkt. Früher band man ab *(Gooch)* und liess den Schnürapparat liegen, so dass die Frau das Bett hüten musste. Der Stiel gangränescirt, Gefahr der Pyä-

mie. Jetzt schneidet man ruhig ab, mit Scheere, Messer oder feiner Guillotine : Polypotom, unter Leitung eines Fingers. Blutung ist nicht zu fürchten, d. h. sie bleibt selten ganz aus, kann aber stets mit Fe Cl^3 beherrscht werden. Dilatation des Cervix mit Presschwamm oft nötig. — Ecrasement linéaire ganz gut, doch ist es nicht immer möglich die Schlinge über den Polypen zu bringen (N.B. Seine Experimente misslingen, da die Ecraseurs in bösem Stande sind) ; der Konstrikteur ist dann oft besser applikabel. Ein siebenfacher Draht soll das beste sein etc. Aezmittel und Injektionen in die Polypen beiläufig erwähnt. —

Dysmenorrhoe, Menstruation mit Schmerz, oft höchst peinlich, stärker als bei einer Geburt. *Ursachen :* Metritis, Schleimhautschwellung oder Neuralgie, chlorotisch oder gichtisch, endlich mechanische Obstruktion durch Verengerung des äussern M.m., Polypen etc. *Therapie :* Sowohl beim Anfang-palliativ als im Interval radikal. — Palliativa : Opium, Opiate mit Stimulantien und mit Chloroform. *Chloroforminhalationen* sind das Beste. doch auch nur palliativ. *Radikalkur :* wenn Endometritis die Ursache, so sind die für diese Krankheit gebräuchlichen Mittel zu geben ; wenn Neuralgie allein besteht, so gebe man je nach der Konstitution : Eisen oder antigichtische Mittel. Wenn Obstruktion vorhanden, so erweitere man den M.m. — Die Alten führten schon Sonden ein. — Der Hörsaal, gross, nur Oberlicht, von etwa 60 Studenten besucht ; Amphitheater mit Winkeln. Drei Seiten umgeben den Lehrer, der vor einem grossen Pulte steht ; die Wand hinter ihm ist mit Abbildungen und Tafeln behängt. Er hat sein Heft auf dem Pulte. Im Nebenzimmer die Präparate. Vortrag im schwarzen Talar.

91. *Clinical Lecture* von *Prof. Syme*, am 10. Februar 1868 von 12-1 Uhr. Im Operationssaale ; grosses Amphitheater mit seitlichem Licht, d. h. von der Front her. Raum für 300 Studenten, etwa 70-80 da. 6 Assistenten im Cirkle. Einfacher Operationstisch, ohne Mechanik. *Syme* sitzt auf einem Sammtstuhle etc. etc.

92. *Dr. Matth. Duncan's gynækologische Abteilung*, besucht 11 Uhr, am 11. Februar 1868.

Dieselben Lokalitäten wie Simpson's Abteilung, nur 2 Stockwerke höher oben.

Instrumente : Sims Speculum ; einfache Uterussonde ; Spritzchen mit langem Ansatze für Uterusinjectionen ; bei Blutungen spritzt er Sol. $Fe^2 Cl^3$ ein. — Häckchen zur Cervixfixation. Massive Aezmittelträger.

Ovarialcyste mit 30″ Umfang, war für Ovariatomie bestimmt ; auf einmal verschwand die Geschwulst spontan ; da weder « periton. fluid », noch « escape through the vagina » zu bemerken war, so blieb nur noch die Möglichkeit einer Perforation in den Darm. Diarrhoe fehlte.

Duncan sah einen ähnlichen Fall, der auch später zur Sektion kam. Eine grosse Cyste hatte sich in die Flexura sigmoidea entleert und doch konnte nie ein wässeriger Abgang durch den Darm beobachtet werden etc.

Ovarialtumor ziemlich gross, mit unregelmässiger Oberfläche, soll punktiert und dann extirpiert werden.

Uterusfibroid durch Evulsion entfernt. Pat. wohl; der stinkende Ausfluss hatte Duncan am Finger infiziert.

Uterusblutung mit blassen Fibrinausstossungen. Interessanter Fall, der Morgens zur neuen Untersuchung resp. Operation gelangen soll. Seit einiger Zeit verliert Pat., so oft sie aufrecht steht und geht, viel Blut und weisse Fetzen; in der ruhigen Rückenlage keine Blutung. Anæmie. — Wiederholt waren solche lange Fibringerinnsel ausgezogen worden, welche den M.m. auf « Half a Crownpiece » erweitert hatten. Nie konnte ein organisches Gefüge entdeckt oder ein Fibroid gefunden werden. Es ist also wohl nur eine Blutung mit rascher Entfärbung der Gerinnsel.

Ovarientumor durch Oopheritis: Die Frau kam mit Blasenbeschwerden: Dysurie. Die Sonde drang 6″ tief in die Blase ohne Schmerzen zu verursachen, auch wurde Aqua-Einspritzung gut ertragen, worauf man ein Blasenleiden ausschloss. Uterushöhle 2¹/₂″ lang, Uterus unbeweglich; ein Ovarium stark vergrössert. Blasenpflaster. K. J. Abführmittel; rasche Abnahme der Ovarialgeschwulst und mit ihr der Blasensymptome.

Duncan verdammt das Wort Pyämie, da sie ja oft mit Eiter nichts zu tun hat, während Septicæmie ihre Berechtigung hat.

Eine Frau mit jauchenden Massen in Utero oder Vagina hat 136 Pulse, entfernt man diese Massen, so tritt rache Genesung ein.

Frau, angeblich mit Darmblutungen, wird weggeschickt, da sie sich nicht untersuchen lassen will.

93. *Duncans Privatmuseum* für geburtshülfliche Vorlesungen. Lecture-House besucht am 11. Februar.

Auf eigene Kosten unterhalten. *Placenta von Vierlingen,* verwachsen, jedoch deutlich vier Partien. — *Placenta von Zwillingen,* einfach. — *Hauthypertrophie* beider Labien (Elephantiasis) mit dem Messer entfernt, starke Blutung; je faustgross. — *Skelett* eines Kindes mit *Hydrocephalus* und *Hydrorhachis*; hühnereigrosser Knochensack. – *Intaktes Ovum,* reif, in Salzwasser und Sodawasser aufbewahrt. — 3 Paare *zusammengewachsene Kinder*, je 4-5monatliche Fœten; seitliche oder vordere Verwachsung. Bei einem Falle ist das eine viel weniger entwickelt und doch wurden beide lebend geboren. — Seltener Fall von *Doppelmissgeburt* (nur 3 Fälle bekannt). Die Bauchseite geöffnet. Die beiden Lebern

berühren sich (Skizze). Prächtig in Weingeist aufbewahrt. — Verschiedene *Eingeweideeventrationen*, schöner *Leberbruch*. — Eine *Hernia diaphragmatica*: ein Teil der Därme in der Thoraxhöhle. — Schönes Präparat eines *Zwillingskindes*, das zwischen dem andern und der Uteruswand zu einer *flachen Masse* (Skizze) *plattgedrückt* wurde. — Grosses gestieltes *Uterusfibroid*, zum M.m. herausgetrieben. — *Wandständiges Fibroid*.

Dr. Duncan hält im Sommer Vorlesungen über Geburtshülfe.

94. *College of Physicians*. Queen Street, am 11. Februar besucht.

Prächtiges Gebäude mit Säulenvorhalle; die Keule mit der Schlange und der Hahn als Embleme. Superbes Treppenhaus. Parterre: Readingroom mit einem Teil der Bibliothek und 3 andere Bibliothekzimmer. Oben grosser Bibliotheksaal; 2 Treppen hoch materia medica-Sammlung.

Hinten hinaus prachtvoller Saal mit Säulen, ringsum Marmorgetäfel, wo die Meetings abgehalten werden. Nicht weit davon findet sich die geräumige Küche. Ueber den mat. medica-Kästen findet sich eine sinnreiche Rouleauxeinrichtung. Man zieht über dem Kasten an der Schnur, wobei das Rouleau sich herabwindet; bei Nachlass des Zuges federt das Rouleau rückwärts.

Dieses College dient keinem wissenschaftlichen Zwecke (ausser durch die treffliche Bibliothek und Lesesaal), sondern nur den Standesverhältnissen: Aufnahme und Stellung der Aerzte etc. Alle Vierteljahre ordentliche Meetings, manchmal öfters ausserordentliche, je nach Bedarf; jedesmal gutes Essen und Trinken dabei. — Album von Aerzten.

95. *Royal medical College*, Altstadt, am 11. Februar besucht.

Es ist dies die medizinische Gesellschaft der Studenten; die älteste und ausgedehnteste, bestgeleitete Anstalt dieser Art in Grossbritanien. Grosse Bibliothek, schöner Sitzungssaal mit alten Gemälden. — Jede Woche kommen die Mediziner zusammen (nur Studenten ohne Beteiligung von Professoren); ein Mitglied leitet die Meetings; es werden wissenschaftliche Arbeiten verlesen.

96. *Duncans Abteilung*. 11-12 Uhr. 12 Februar.

19jähriges Mädchen. gesund, vor 8 Wochen entbunden, kurze Geburtsdauer, Kind tot geboren, $2^1/_2$ Stunden vor der Geburt abgestorben; einige Tage nach der Geburt stellten sich *Blasenbeschwerden* ein. Schmerz und häufiger Drang zum urinieren. Gefühl als ob sich etwas vordrängte. — Abdomen normal, äussere Genitalien dito; Vaginaluntersuchung ergibt nichts abnormes, Uterus $2^1/_2$″ lang; eine in die Blase eingeführte, dicke, metallene Sonde dringt (statt 6″) nur 4″ weit ein; man fühlt die Innenfläche nicht weich und nachgiebig, sondern hart und erregt Schmerz, was sie auch nicht sollte. *Diagnose*: Chronische Cystitis, die nach der Entbindung begann. (Gegenstück zu der puerperalen

Oophoritis mit denselben Blasensymptomen, wo aber an der Blase nichts abnormes war, und die Symptome mit Abnahme der Eierstockgeschwulst auch schwanden.)

Frau mit Fibrinentleerung: mit einer breiten (Stein-) Zange, die in den Cervix eingeführt werden kann, werden mehrere blasse Fibrinfetzen, von Polypenform, herausgezogen, sowie einige frische Blutcoagula, kein Fœtor. *Duncan* diagnosticiert ein teilweise entblösstes Fibroid, auf dessen Oberfläche sich, beruhend auf einer konstitutionellen Anomalie, das Fibrin niederschlägt und rasch entfärbt.

Alte Frau mit Prolapsus Uteri: 2-$2^1/_2$" vor den Genitalien ist die blasse nicht excoriierte Vag. portion gedrängt; per vaginam kann man die supravaginale portion lang, das corpus uteri dagegen unvergrössert fühlen. Die Sonde dringt 4" tief ein, allein nur schwer, weil der Cervixhals lang und eng ist. *Duncan* spricht zunächst über die Deutung des Falles, ob einfacher Prolaps oder Elongation. Er glaubt, in den meisten Fällen sei beides vorhanden; die supravaginale portion ist stark verlängert und dabei besteht auch Senkung; es besteht eine alte Perinealruptur. *Duncan* betont, dass Dammriss und Vorfall keineswegs unbedingt als Ursache und Wirkung anzusehen sind. Man schneide einer gesunden Frau den Damm bis in den Anus durch und sie wird davon keinen Vorfall bekommen. Allein, wenn schon Vorfall da ist oder Disposition hierzu, so hat bei einem Dammriss der Uterus einen viel leichtern Weg nach aussen, ganz direkt abwärts; auch ein Kind würde dabei leichter austreten und das zweite Stadium bedeutend abgekürzt werden. — *Therapie:* Anfrischen der Labien und Zusammennähen mit tiefen Silbersuturen. In allen Fällen seit 10 Jahren war der Erfolg gut, nur zweimal blieb er aus, einmal vollständig, einmal teilweise und zwar bei Frauen über 80 Jahre wo man eben nicht mehr operieren sollte. Bei allen jungen Personen ist die Operation unbedingt indicirt und jedem Pessarium vorzuziehen. Pessarien reizen immer und machen die Trägerinnen unglücklich. Nur bei ganz alten Frauen will er sie daher zugelassen wissen. — Nach der Operation lässt er durch eine Binde den neuen, um 1" längern Damm in die Höhe pressen. Würde man eine solche äusserliche Bandage ohne vorhergehende Operation angelegt haben, so würde der Uterus links und rechts neben derselben herabrutschen und die Frau neben der Bandage noch den Uterus zwischen den Beinen fühlen. — Durch den Reiz eines Pessariums wird oft eine Striktur erzeugt, die freilich auch curativ sein kann, bei jungen Frauen aber unangenehme Folgen hat. — Ein Pessarium sollte alle drei Tage herausgenommen und gereinigt werden. DUNCAN sah einen Fall, wo sich unterhalb des Pessariums eine Striktur gebildet hatte, die das Herausnehmen unmöglich machte

(Skizze). DUNCAN hat die Doppelnaht noch versucht; wenn er interne Nähte angelegt hätte, so würde er nach Heilung des Dammes die Drähte gewaltsam herausreissen, wobei ja nur leichte Verletzungen gesetzt würden. — etc.

97. ***Duncans Ansichten.*** Abend des 12 Febraur.

Duncan hält das Meiste von *S.* (soll wohl ***Simpson*** heissen *B.*) für unrichtig und spricht ihm nur das Talent zu, anderer Entdeckungen für sich auszubeuten und sich so einen Namen zu machen. ***Chloroform*** will ***Duncan*** als Assistent von *S.* entdeckt haben; er glaubt, es werde seiner brechenmachenden Wirkung wegen bald vom Aether verdrängt sein. Chloroform mit Aether und Alkohol scheint ihm eine gute Mischung zu haben. Jede Narkose hat ihre schädliche Wirkung, besonders bei langen Operationen. Bei Amputationen kompensiert das Vermeiden des Shocks die Nachteile der Narkose, nicht so bei Ovariatomie. CLAY in Manchester glaubt, die Resultate würden viel besser sein, wenn ***ohne Anæsthetica*** operiert würde. ***Acupressure*** sei nonsense; er hat sie aber nicht versucht und Dr. SCOTT kam bei einem Versuche nicht damit zu Stande. — Die ***Totallösung der Placenta*** bei Placenta prævia habe *S.* vielleicht ***gar nie*** gemacht (?!); bei einer Diskussion über diesen Gegenstand in der obstet. Gesellschaft in London sei dies Verfahren gar nicht erwähnt worden. Innerhalb sechs Jahren, wo er mit *S.* zusammen war, habe *S.* es nie ausgeführt. ***D.*** tadelt das rasche Wenden und Extrahieren, um schneller vom Geburtsbette wegzukommen, ebenso das zu frühe Zangenanlegen. Früher (vor 15 und 10 Jahren) sei selten ein Arzt zu einer Geburt gerufen worden, die Hebammen hätten alles gemacht; jetzt wolle aber auch die ärmste Frau ihren Arzt haben und daher entstünden solche Missgriffe. — Er will 20 Pfund für eine dreistündige Operation gerechnet haben. —

D. hält die ***Sterilitätskuren*** für ein verfehltes Bestreben; ***allerdings koncipiert*** eine ***kleine Anzahl*** so behandelter Frauen, viel mehr aber werden erst recht steril und viele ***sterben*** durch die Kur. — ***M. Sims*** sei der genialste Uterusmechaniker, allein nur $^{1}/_{10}$ sei ihm zu glauben. — Sein Fall von angeblich gestieltem Uterusfibroid (in der Rotunda) habe sich bei der Sektion als ein festsitzendes Fibroid ausgewiesen, wie ***M. Clintock*** an ***D.*** schrieb. BRAXTON-HICKS-Wendung bei Placenta prævia enthalte wenigstens nichts Schlechtes, es sei aber nicht immer ausführbar. ***D.*** arbeitet viel über ***Decidua***; in seinem neuesten Werke (Obstetrical Researches) bildet er ein Ei mit ganz geringer Decidua ab bei atrophischem Uterus und einen Fall von Hypertrophie der Decidua, wovon ich das Präparat gesehen. — Bei seinem ***Geburtsmechanismus*** half ihm ***Prof. Tait*** an den Berechnungen (***Poppel*** in München, von dem er mit Respekt spricht, liess sich auch helfen). Er fasst die Frage vom ***Nägeli'schen Becken*** an-

ders auf als *Grenser*. — Bei angeborenen *Retroversionen* (die er im allgemeinen für keine schwere Krankheit hält, kann man oft nichts ausrichten; gegen alle Erwartung kann jedoch Schwangerschaft dabei eintreten! — *Ovariotomie*: *Keith* sei sehr sorgfältig (*S.*: 3 Fälle an einem Tage, alle tötlich, 1 war Uterusfibroid) etc. — *D.* ist kein Freund von Leuten, die viel über Behandlung schreiben.

98. *Episiorrhaphie*: *Doppelnaht. Duncans Abteilung.* 13 Februar 11-11$^1/_2$ Uhr.

Aeltere Person (siehe Nr. 96). — Chloroformnarkose, gegen Ende Erbrechen. Schöne, hufeisenförmige Anfrischung, mit stumpfem Messer, in vielen Zügen. — fünf Schleimhautnähte mit Eisendraht, lang abgeschnitten, um später daran ziehen zu können. Sechs tiefe Nähte, welche die Schleimhaut jedoch nihct mitfassen. Gute Vereinigung. Eine Arterie durch Torsion gestielt. — Eine Kompresse, in verdünnter Karbolsäure getränkt soll aufgelegt werden. Linke Seitenlage. Beine nicht gebunden. Brandy gegen die Depression durch die Narkose.

99. *Simpsons Hauskonsultationen.* 4-7 Uhr. 14 Februar.

S. zeigt mir am Phantom die Acupressure, empfiehlt mir *Pirries* Werk, stellt mir eine Pat. vor, an der er vor sieben Monaten eine *grosse Geschwulst der Brust* exstipiert hatte, Acupressure, viele Nähte; Heilung per primam ohne einen Tropfen Eiter; 3″ lange, perpendikuläre, lineäre Narbe unter der linken Mamma des etwa 25jährigen Mädchens. etc.

Junge Frau, von ihrem Manne mit *Gonorrhoe* angesteckt, dabei Anteversio. Zinc. sulf. eingespritzt. — *Uterusfibroid,* von aussen nussgross anzufühlen. Uterus unbeweglich. Ist auf J. Ka. schon um die Hälfte kleiner geworden. — *Fluor albus*: Tanninpessarien. — Dysmenorrhoe: Discission des M.m. und nun öfteres Erweitern mit der Sonde. — *Chlorose*: Fe^2 Cl^3.

100. *Simpsons Abteilung.* 10 Betten. 15. Februar.

Vor zwei Tagen punktierte er eine *Ovariencyste,* deren Entwicklungsgeschichte er nur wenig kannte. Viel Eiter und viel Haare werden entleert, die die Farbe der Kopfhaare der Patientin haben. Nicht alles entleert. Aussehen schlecht, Puls rasch. Pflaster auf der Wunde. Flanellbandage. — Bei Amenorrhoe werden die *galvanischen Pessarien* viel gebraucht. Stift 2″ lang, von verschiedener Dicke, aus Zink; darunter eine (knopfartige) Verlängerung, von Kupfer hohl (Skizze); manchmal alles versilbert; manchmal oft abwechselnd Zink und Kupfer (Skizze). Mit einem gewöhnlichen Pessar befestigt. Auch bei Flexionen als Aufrichtungsapparat benutzt.

101. *Dr. Watsons chirurgische Abteilung.* 12-1 Uhr, am 15. Februar besucht.

Watson hat ein Weiberzimmer mit 12 Betten, grosser, luftiger, heller Saal und zwei kleine Männerzimmer. Er liess noch extra Ventilationsöffnungen anbringen, ausser den Kaminen, die auch in den Gängen placiert sind. — Alle

Tage von 12-1 Uhr Visite, Operationen unbestimmt. (Selten Montag und Donnerstag, weil da Syme « clinical Lecture » hält.) Alle Blutungen mit *Acupressure* gestillt, mit seltenen Ausnahmen. — Alle Verbände mit *Karbolsäure*, Lösung in Aq. 1 : 20 oder wenn diese noch « blistert » 1 : 60, oder 1 : 7-8 Teile Emplast Saponis, besonders dann, wenn man die Luft abhalten will. Der Eiter zersetzt sich darunter nur langsam. etc. etc.

102. *Chalmers Hospital*, besucht am 15. Februar.

Langes, schmales Gebäude; zwei Stockwerke; das obere aber noch nicht fertig; je zwei grosse Sääle à 12-48 Betten. Für Studenten nur durch Vermittlung des Arztes zugänglich. Dr. Douglas ist interner Arzt (Assistent Henderssen), Dr. Watson ist Chirurg (Campbell Assistent). Meist liegen fünfmal so viel chirurg. Fälle da als interne. — Lage gut, an der Südseite der Stadt, ziemlich frei. Einrichtung elegant. Ueber den Gaslampen Oeffnungen zum Abzug der schlechten Luft. Schöne Betten. etc. *Mammaexstirpation*, trotz Acupressure Eiterung, da zur Heilung per primam eben doch mehr gehört als die Blutstillung (gute Konstitution etc.). Watson verlor keine von allen seinen Ovariotomien. etc.

103. *Museum des Royal College of Surgeons* (12-3 Uhr), besucht am 15. Februar.

Grosses Gebäude mit griechischem Säulenportale, schräg gegenüber der Universität. etc.

Grosser, solider Eierstocktumor von *Gillespie* exstirpiert mit tötlichem Ausgange etc. In den Gängen oben herum die pathologische Sammlung und in einem kleinen Zimmer die *obstetrische Sammlung*. Letztere hat viele Abgüsse, um den Situs uteri gravidi und den Fœtus zu zeigen. Abguss eines Hermaphroditen. Verschiedene Fœten in allen Altern etc. Einige enge Becken, Uteruspolypen etc. etc. — Prachtvolle Ricketsskelette, rhachitische Becken mit und ohne osteomalacische Form; eine Frau von 31″ Höhe. Osteomalacisches Skelett, tötlicher Kaiserschnitt in der 7. Gravidität etc. Uterusfibroide, Carcinom, Missbildungen. Abbildung des Falles, den ich als Präparat bei Duncan sah. — Zwillinge in verschiedenen Grössen (der eine früher abgestorben).

104. *Vorlesung von Simpson über Gynækologie*, den 17. Februar. Jeden Montag von 11-12 Uhr.

Simpson beginnt über seine letzte *Ovarientumorpunktion*: Eiter und Haare, zu sprechen; er erwähnt zwei ähnliche Fälle aus seiner Praxis mit Knochen und Zähnen. *Meckels* Fälle; Fall wo nach und nach 1500 Zähne ausgestossen wurden. Gegen die Annahme einer Conception mit nur partieller Fœtusentwicklung spricht das Auffinden von Zähnen etc. in andern Körperteilen: Orbita etc. Doppelmonstrum. — Man fand in einem Hunde an verschiedenen Stellen Zähne.

Therapie der Dysmenorrhoe, sehr oft gleichbedeutend mit Kur der Sterilität. Bougiebehandlung der Alten, sehr langwierig, später Pressschwamm. M. C. Intosh, Lehrer der Gynækologie in Edinburgh, empfiehlt die Erweiterung durch Bougies und setzt auf einem grossen Meeting in Liverpool auseinander, die Hauptschwierigkeit bestünde nur darin, dass die wenigsten Aerzte diagnosticieren könnten, ob ein Muttermund verengt sei oder nicht; die meisten der hier anwesenden Aerzte könnten geradesogut ihre Nasenspitze touchieren wie einen Cervix und würden nicht mehr oder weniger finden (worauf alle Aerzte an die Nase griffen !).

Bald nach M. C. Intosh's Tode kam eine Frau zu Simpson mit Dysmenorrhoe; sie kannte die Erweiterungsmethode, hatte aber keine Zeit, so lange zu bleiben und fragte, ob Simpson kein prompteres Mittel kenne. Er sagte ihr, er habe schon oft gedacht, eine blutige Erweiterung wäre ein viel rascheres Heilmittel. Die couragierte Frau entschloss sich dazu und wurde nicht bloss von ihrer Dysmenorrhoe geheilt, sondern bald darauf schwanger. Simpson hatte Angst, die Narbe könnte bei der Geburt ungünstig interferieren, allein diese war aussergewöhnlich leicht. Viele Jahre später stellte sich Simpson ein junger Mann (Sohn der operierten Dame) vor und sagte, er müsse ihn wohl kennen, er verdanke ihm sein Dasein. Manche Baronesse, nach offspring sehnsüchtig, kommt zum Arzte, über Dysmenorrhoe klagend; allein « a boy wanted » ist die richtige Diagnose. —

Die Incision des Muttermundes, innerer oder äusserer (meist letzterer) ist nicht schwer und braucht kein Speculum, sondern kann unter der Kontrolle des Gefühls ausgeführt werden. Messer, Scheere, zweischneidige Uretrotome etc. werden angegeben. *Blutung* fehlt selten ganz, selten bedenklich. Pessarien mit $Fe^2 Cl^3$ (30 gr. sicc.) oder Charpie mit Lösung von $Fe^2 Cl^3$ und etwas Secale reichen aus. — *Beckencellulitis* ist selten. — Man hat allzutiefe Incisionen zu vermeiden. Manchmal ist der Cervix sehr gefässreich oder die Frau hat Hæmophilie, dann ist starke Blutung denkbar. — Nach dem Eröffnen kommt die *Frage des Offenhaltens*. (Während der Chirurg baldiges Heilen seiner Wunden anstrebt, möchte der Gynækologe hier das Gegenteil erzielen und kann das oft nur schwer erreichen.) Simpson legte früher nachher *Pressschwämme* ein, hatte jedoch dabei unangenehme Folgen. *Touchieren* mit *Lapis inf.* ist ein sicheres Mittel; man braucht nur die Wundwinkel damit zu touchieren und hält dadurch die ganze Wunde vom Heilen ab. Doch ist *Simpson* auch davon jetzt zurückgekommen und macht nur *mechanische Dilatation* d. h. *Zerreissung der gebildeten Wundadhæsionen* mit dem Finger, am 21. Tag nach der Operation beginnend und dies alle zwei Tage wiederholend. Nachteile sah er davonnie. —

Amenorrhoe: angeborene, Mangel der Ovarien, Uterus, oder bloss spät eintretende Menses, wobei die *galvanischen Pessarien oft sehr gute Dienste tun*; oder die Menstruation bleibt intern, kommt nicht zu Tage: Hæmatometra, deren unvorsichtige Punktion oft grosse Gefahr bringt. Konstitutionelle Ursachen.

105. *Dr. Watsons chirurg. Ambulanz*; den 17. Februar 12-1 Uhr. etc.

106. *Hauskonsultationen bei Simpson* resp. seinen Assistenten. 4-6 Uhr, 17. Februar.

Junge Frau mit *grosser Empfindlichkeit des Abdomens* nach der Entbindung. Abdomen gleichzeitig sehr stark gespannt; sonst nichts zu eruieren. Opiumpilllen.

Alte Frau mit starken *Schmerzen in den seitlichen Bauchgegenden;* überall und besonders an den schmerzhaften Stellen heller tympanitischer Schall. Wie zwei breite Wülste springt das durch Luft ausgedehnte Colon links und rechts vor; beim Versuch aufzusitzen, werden diese Vorsprünge anfangs deutlicher, verschwinden aber, wenn Pat. wirklich aufsitzt. — Dabei leichte Hernia lineæ albæ. Mutter vieler Kinder, leidet an Obstipation etc. *Therapie:* Belladonna und Tinct. nuc. vomic. und Mixtur mit Magisterium und Ingwer etc.

Aeltere Frau mit *Uterusvorfall*; beim Touchieren findet man nur die vordere Vaginalwand stark relaxiert und wulstig vorspringend. Es wird ein modifiziertes *Hodges'* Pessarium (Skizze) mit dem spitzen Teile gegen die Symphyse angelegt. *Dr. A.* hat den *Sims'schen* Vorschlag, Excision eines Stücks der vorderen Vaginalwand noch nicht ausgeführt.

Junges Mädchen, 15 Jahre alt, kräftig, gesund, *noch nicht menstruiert*, bekam vor 12 Monaten zuerst Anfälle, die noch immer wiederkehren, meist einmal wöchentlich. Kurze Aura von Kopfschmerzen und Aufsteigen eines Körpers im Halse, dann der Anfall mit Verlust des Bewusstseins, meist nur eine Minute lang dauernd, dann wieder Kopfschmerz und keine Erinnerung an das Vorhergegangene. *A.* hält es für epileptisch, gibt *K. Br.*

45jährige Frau, die 7 Kinder und 3 Aborte gehabt hat; in den letzten 12 Monaten 2 Aborte; ist anæmisch, klagt über *Nervosität* und Herzklopfen. *Eisentherapie mit Valerianatinktur.*

22jähriges Mädchen mit *erbsengrossem Tumor hinter der rechten Brustwarze* (Mastophobie); sie hat vor Krebs Angst; es scheint Fibroid zu sein. *Hg. J.salbe.*

Frau mit Blutung nach Abortus: Pessarien von $Fe^2 Cl^3$ und Secale innerlich als Extr. Ergot. etc.

8jähriges Mädchen mit *diphtherischem Ulcus am Anus*, mit *Cupr. sulf.* in Substanz geätzt. Gegen nächtliches Bettpissen: kalt Aqua und Tinct. nuc. vomic. mit Ferrum sesquichlorat. ca, 3×10 Tropfen täglich verordnet.

22jähriges Mädchen, seit vier Monaten nicht mehr menstruiert, nachdem die Menstruation vorher ganz regelmässig war; sonst klagt Pat. nichts. Gravidität ist suspekt; ein Tumor von aussen nicht zu fühlen. *Therapie,* alle zwei Tage abends ein warmes Sitzbad und vor der Zeit der erwarteten Menstruation je eine Hirudo an der Innenfläche des Schenkels und darauf ein warmes Sitzbad; dabei Ferrum pyrophosphor. mit Extract. Aloës. etc.

107. *Vorlesung von Simpson über Geburtshilfe.* Dienstag, 18. Februar 11-12 Uhr.

Die Vorlesung ist viermal wöchenlich von 11-12. — Etwa 100 Studenten anwesend. Das Thema ist ausführlich auf vier Tafeln geschrieben. Viele Abbildungen über Zangenentbindung und Aërotractor an der Wand. *Simpson* hat noch sein Kollegienheft, sowie Statistiken über Operationen in den verschiedenen geburtshülflichen Schulen. — Ein Phantom in Seitenlage, eines in Rückenlage. Bequeme Kopfphantome (Skizze), ausserdem plane Kopfdurchschnitte (Skizze), um die Art der Kopfhaltung zu demonstrieren, dabei noch ein Karton mit Ausschnitten von verschiedenen Zollängen (Skizze), in welche der Kopfdurchschnitt eingesteckt werden kann.

Thema ist heute: *Forceps und Aërotractor. Simpson* scheint in der letzten Vorlesung über den « Short forceps » gesprochen zu haben; heute beschreibt er den « *Long forceps* ». Die geraden langen Zangen sind mit Recht von allen Geburtshelfern aufgegeben, da der Kopf zu leicht bei hohem Kopfstande nach vorn herausgleitet und beim Senken der Griffe der Damm allzusehr gequetscht wird; und die lange Zange wurde ja gerade für hohen Kopfstand angegeben. Früher war die lange Zange mit Recht einem Anfänger nicht gerne anvertraut, weil eben die Praxis mit derselben nicht allgemein war. Jetzt gibt es Landärzte, die alle paar Tage ihre « Long-Forceps-Geburten » machen. Wichtig ist bei hohem Kopfstande anfangs stark abwärts zu ziehen, sonst gleitet die Zange nach hinten aus etc. Man muss nicht darauf sehen, welche Richtung das Griffende der Zange hat, sondern welche Richtung die Blätter resp. der gefasste Kopf verlangen. Erste Zange von *Chamberlen.* Verkaufsgeschichte. Ein Blatt als Hebel, massiv von Holz oder Eisen (Skizze). Später Modifikationen des Hebels, nahezu mit der Form eines Zangenblattes; einige mit Schrauben versehen (Skizze). Gerade an den Kopf eingeführt, wird alsdann geschraubt, wodurch sich das Ende des Blattes über den Kopf anlegt. Anfangs machte man den grossen Fehler, dass man den Unterstützungspunkt in die Symphyse verlegte, wodurch Gangrän an dieser Stelle nicht selten war. Eine Verbesserung war es, beide Hände zu gebrauchen, wovon die eine einen Punkt des Hebels fixierte und so selbst den Unterstützungspunkt abgab, während die andere die Hebelbe-

wegung am Griff ausführte. Später führte man eine Hand an's Kinn und legte den Hebel an's Occiput und hatte so eine unvollkommene Zange. Leake konstruierte eine *dreiblättrige Zange,* unbrauchbar, da hinter der Symphyse kein Raum ist, um ein Blatt einzuführen. — Andere Geburtshelfer konstruierten Hebel und Zange mit Charnier (Skizze), um das Instrument bequem mit sich führen zu können. Wenn die Gebärende ängstlich bei der Hebamme fragte, ob der Doktor den Hebel doch nicht habe, dann liess der Doktor sich von letzterer alle Taschen visitieren, trug aber das zusammengefaltete Instrument wohlweislich in « the pockets of the breeches », welche die Hebamme nicht zu durchsuchen wagte.

Die lange Zange wird oft bei noch *nicht völlig eröffnetem Muttermunde* angelegt. (Simpson hat *Phantome des Muttermundes.*) Da ist nur zu beobachten, dass man das Zangenblatt auch wirklich in den Mm. einführt und diesen nicht etwa mitfassend, die Bauchhöhle eröffnet. Die *Hand* soll daher möglichst *hoch eingeführt* werden und auf 2-3 Fingern mindestens das Blatt hineingleiten. — Die Blätter kommen seitlich in's Becken, selten schräg. Bei den Occipito-posterior-Lagen hatte Nägeli die richtige Ansicht. — Die Ansichten, dass man für *die* Lagen den Hebel brauche, wo der Kopf mit seinem längsten Durchmesser in die Conjugata träte, unvollkommene Gesichtslagen mit Stirn nach vorn und dass man die Haltung des Kopfes künstlich ändern und das Kinn auf die Brust bringen solle, sind irrig; letzteres ist unmöglich, wenn der Kopf einmal in's Becken getreten ist, und ersteres kommt (wie auch Nägeli zeigte) nie vor, ausser bei querverengten Becken, wo aber dann die Lage passt. — Für den « *Long Forceps* » ist die *Rückenlage vorzuziehen,* da man in dieser leichter die verschiedenen, nötigen Zugsrichtungen ausführen kann. Die Frau wird zu diesem Behufe in die Querlage gebracht, Beine bedeckt, auf Stühlen. *Chloroform,* besonders bei der « long-forceps-Entbindung », wo bei hohem Kopfstande und vielleicht noch nicht ganz eröffnetem Mm. die leitende Hand sehr hoch eingeführt werden muss, eine grosse Wohltat.

Die galvanische Zange erwies sich als unwirksam; wir können mit zwei eisernen Blättern weit mehr ausrichten, als mit einem von Zinn und einem von Kupfer. —

Der Aërotractor erspart die Einführung von Eisen in die Vagina etc. Die Einführung des Instrumentes in seiner jetzigen Form ist zu schwierig, daher er es nicht mehr braucht. Die Kraft wäre hinreichend : 60 Pfund, während wir mit der Zange nach seinen Versuchen selten mehr als 30-36, höchst selten 40-50 Pfund ziehen. —

Der Aërotraktor nimmt den äusseren Lufdruck weg und gestattet einer auf

das Kind wirkenden Gewalt grössere Enfaltung derselben (Skizze). Messingene Spitze mit Kautschukglocke. Wenn man die Glocke zusammenlegen und in der Vagina wie einen Regenschirm auseinanderspreitzen könnte, so wäre viel gewonnen. *Simpson* studierte die Saugapparate verschiedener Fische und niederer Tiere vor seinen Versuchen. —

Bei einem leichten Geburtsfalle versuchte er einen einfachen Kautschukballon, der zusammengelegt in die Vagina eingeführt, an dem Kopf angelegt und dann aufgeblasen wurde: der Ballon legte sich luftdicht an den Kopf an; wenn *Simpson* am Schlauche zog, dann folgte der Kopf rasch nach. Einerseits erweitert der Ballon mechanisch die weichen Teile, dann aber wird der äussere Luftdruck auf den Kopf aufgehoben und dieser Widerstand fällt weg (Skizze). *Simpson* schliesst mit dem Fingerzeige: Jetzt suchen wir auf jede Weise Verbesserung in Instrumenten und Operationsweisen, mit dem Zwecke, die Geburt durch Zug am vorliegenden Teil zu befördern: *vielleicht ist die Zeit nicht ferne, wo wir die Geburt durch Druck von oben her erstreben*; *Simpson* hege schon lange den Gedanken und zweifle nicht an der Möglichkeit dieser Operation, wenn er jetzt auch noch nicht wisse, wie?

108. *Ovariotomie* von *Dr. Thomas Keith.* 18. Februar 1868.

19 Great Stuart Street. Drei Treppen hoch bei Mrs Sinclair. $12^3/_4$-$1^1/_4$.

Operationssaal stumpfwinkliges Eckzimmer gegen Südwesten und Westen; sehr hell, sehr luftig, von einem Kaminfeuer durchwärmt. Im Nebenzimmer liegt Pat. auf dem Operationstisch, wo die Narkose begonnen wird, dann trägt man die Patientin auf dem Tisch herein, und nach beendeter Operation wird sie von zwei Assistenten vom Tisch aufgehoben und in ihr Bett im andern Zimmer getragen. *Keith* hat nur einige Zimmer da, darum gute Luft. Es ist seine sechste Ovariotomie.

Tisch schmal, hoch, Fussende, in der Fensternische, etwas schräg. Keith steht rechts im stumpfen Winkel. Schlauch und Kübel stehen links. — *Narkose* in den letzten 35 Fällen und auch hier mit *Aether* sulfur, da die Nachwirkung, d. h. das Erbrechen nicht so übel ist. Selten kam nach Aether Erbrechen und ist die heutige Patientin in dieser Beziehung die Schlimmste. — Die Erklärung dafür ist: Pat. ist 63 Jahre alt und durch viele Schmerzen in den letzten Monaten, sowie durch Kummer und Sorge sehr heruntergekommen. Sie kam am 14. II. nach Edinburgh mit sehr trockener Zunge, Fieber, Indigestion und sollte eigentlich erst später operiert werden. —

Der Stiel, besonders wenn er kurz ist, wird zuerst mit einer *Nadel durchstochen* und dann mit starker *doppelter Seide* in zwei Teilen abgebunden und dann oberhalb abgeschnitten. Bei einem so langen Stiele, wie der heutige, ist

es weniger wichtig. Bei *kurzem Stiele* aber sehr wichtig, da man um die Breite der Klammer Raum gewinnt, wenn vorher unterbunden und dann abgeschnitten ist. Unter der Ligatur wird die Klemme angelegt (WELL's). Das Bestreichen mit *Ferrum Sesquichl.* (Watte mit konzentr. Lösung) wird von KEITH schon sehr lange mit Vorteil geübt.

Instrumente : Messer (Skizze) und Hohlsonde (Skizze). Pressartères im Vorrat. *Backer Browns Glühzange* in Bereitschaft. 3 Klemmen, Amerikanische Seide. 2 gerade Nadeln.

Bauchfell wird *mitgefasst*; von der Haut wird etwa 3‴ gefasst. Nachträglich eine superficielle Sutur. Erste Naht oben u. s. f. abwärts. — *Aether* auf Serviette gegossen. Beine mit Gurt befestigt. *Kautschukdecke mit rundem Loche* erst vor Beginn der Operation angelegt; dick mit gutem Heftpflaster. Noch einige andere Guttaperchadecken gebraucht. *Schlauch* dünn. — Verband : Lint unter den Klemmen, darüber kleine Bäuschchen. Heftpflaster, Watte, Flanellbandage wie bei WELLS. — *Operation :* Bauch gespannt. Hautschnitt $3^1/_2$″, Haut dünn, Peritoneum gleich eröffnet, zwischen den Fingern mit Knopfbistouri durchgeschnitten, keine Blutung, etwas Ascites; vorn eine ganz leichte Adhæsion ; Punktion tief; einfache Cyste. Inhalt gleichförmig, ziemlich dünnflüssig, graugelb. Durch Druck von aussen gut entleert. Cyste langsam vorgezogen. Stiel lang, dick, gefässreich ; durchstochen, abgebunden, abgeschnitten. Kleiner Vorfall von Därmen. Warme Tücher darauf gedrückt. Uterus untersucht : klein. Mit Schwämmen gesäubert, ein Schwamm eingelegt und über diesem genäht. Fünf Nähte und ein superfic. etc. etc. Mit dem Verband muss ein wenig inne gehalten werden, da die Patientin würgt und bricht. *Keith* legt seine Hand auf die Wunde.

Es ist der leichteste Fall seit lange ; er hatte kaum drei solche. —

Der *nächste Fall* wird ein grosses Cystoid von 50-60 Pfund sein ; ungünstig. *Keith* zeigt mir den *letzten Fall,* ziemlich junge Person, mager, klein, gesund aussehend. Schönes Himmelbett in luftigem Zimmer; Pat. ist allein. Vor drei Wochen operiert ; geheilt, doch noch im Bett. Es war ein schwerer Fall. Allgemeinbefinden war sehr schlecht, durch Peritonitiden erschöpft. Ausgedehnte Verwachsungen mit der Milz etc. Wunde p. p. geheilt ; im oberen Winkel noch ein Ligaturfaden aus der Bauchwand : ohne Eiterung. — Heftpflaster, Flanellbandage. Bei der Operation war keine Wärterin zugegen. Ein Arzt ätherisierte, ein weiterer assistierte. — Noch fünf Zuschauer. Ein Geistlicher gejagt. Operation in $^1/_4$ Stunde fast zu Ende. *Keith* zittert etwas.

DUBLIN

109. Besuch bei *Dubliner Koryphæen,* am 21. Februar 1868.

Dr. Churchill, Stephensgreen, N. von 12-2 zu sprechen. —

Dr. Mc. Clintock, um 1 Uhr zu Hause. Er ist jetzt nur noch Privatpraxis treibender Arzt und hält keine Vorlesungen mehr. — Vor sechs Jahren trat er von der Stelle als Master des Lying in Hospital in der Rotunda zurück. Dieselbe wird nur auf sieben Jahre gegeben, dann wird gewechselt. Man muss drei Jahre Assistent darin gewesen sein. Sein Nachfolger *Denham* war mit ihm gleichzeitig Assistent und hat nun bald ausgedient.

Mr. Macnamara, Surgeon am *Meathhospital*, wo auch *Porter,* Surgeon und *Stokes* Physician ist. Er versuchte, von *Simpson* belehrt, die Acupressure. Erster Fall: *Mammaextirpation* ging gut etc. etc. Mammaextirpation macht er sehr viel, sie gehen prächtig; um 10 Uhr wird operiert und der « Aberdeen twist » angelegt. Abends 6 Uhr, also nach 8 Stunden werden alle Nadeln entfernt und exakt genäht. Nie Nachblutung. Er braucht die Glaskopfnadeln und den Twist; grosse, goldene Nadeln, mit dreikantiger Spitze hat er da (Skizze), hat sie aber nie versucht. — Etwa 250 Mal hat er nach *Holt's Methode* die *Urethra dilatiert* und ist stets befriedigt gewesen. Nur zweimal Chloroform, das er bei allen kleinern Operationen verwirft, weil es eine Chance gegen das Leben ist. Er hat viel über Chloroform geschrieben als Prof. der Materia medica; hatte nie einen Chloroformtod; hat zwei Patientinnen, die täglich grosse Chloroformdosen nehmen *(Utheruskrebs).* — Er kennt die Gefahr des Erbrechens und rät rasch den Kopf zu senken etc. — Er war der erste in Irland, der Acupressure anwandte.

Ovariotomie in Irland gab nach Mc. Clintock schlechte Resultate, kaum 50 % genesen. — Ebenso sollen in Italien die Resultate schlechte sein.

Churchill ist auch der Ansicht, dass kleine Spitäler für Kranke und Wöchnerinnen besser, für die Studenten aber grosse wünschenswert sind!

110. *Rotunda. Lying in Hospital. Dublin,* besucht am 22. Februar 1868.

Gut gelegen am Nordende von Sackville Street; südlich von einem offenen Garten, westlich von einem kleinen, geschlossenen Garten und nördlich von einem grossen Wiesenplan mit Bäumen begrenzt. Massives, altes Steingebäude, aus verschiedenen Teilen bestehend. Ein und aus geht man durch die kleine Porterslodge, wo die Register geführt werden. Studenten sollen sich nicht daselbst aufhalten, noch darin rauchen und auch die Wärterinnen dürfen nur in Geschäften, wenn citiert, darin sein. Parterre luftig gelegen; sie sind die Woh-

nungen der beiden *Assistant masters*. Sie können verheiratet sein; bleiben drei Jahre, wechseln monatlich im Dienst ab, helfen sich aber stets aus. Sie werden zu jedem schweren Fall gerufen: Blutungen, falsche Lagen etc. etc. Unter ihrer Aufsicht arbeiten die *Studenten als Hebammen* (doch sind auch mehrere Hebammen da), jeder hat seinen Fall; operieren darf der Student nicht. Gewöhnlich residieren 7-8 da und 15-20 sind extern. Der *Master*, alle sieben Jahre wechselnd, ist nicht « in duty », sondern nur wie es ihm beliebt. *Die Rotunda* hat das Recht, den Studenten nach vorhergehender Prüfung einen *Degree* zu geben. — Zur Aufnahme ist nur der Zustand des *Hochschwangerseins* resp. Gebärens nötig. Ob verheiratet oder nicht, macht keinen Unterschied. Die Pat. sollen erst im Zustande des Gebärens eintreten; Früherkommende werden nach gemachter Untersuchung wieder weggeschickt, wenn sie nicht zu weit wohnen. Die Aufnahmen sind unentgeltlich; für solche, die etwas weniges zahlen, sind Privatzimmer mit wenigen Betten da. — *Gesunde Wöchnerinnen stehen am 5.-6.* Tage auf, werden am 9. Tage entlassen; nur wenn sie sehr drängen, lässt man sie am 8. Tage schon austreten. — *Diæt* anfangs kurz: Milch, Brot, später Beeftea, Chickenbroadth und Muttenchop. — *Speiselisten* täglich geschrieben, ähnlich wie bei uns bei der Visite, die meist von 9½-11 oder 12 Uhr gemacht wird, dabei werden auch die Rezepte geschrieben (dabei auch Sherry). Abends wird eine zweite Visite gemacht und schwerkranke Pat. entsprechend besucht. — Mit der Anstalt ist eine *Dispensary* verbunden. (Unter Mc. CLINTOCK gegründet, der sie zum Rekrutieren seiner Abteilung verwandte.)

Stellen sich dabei andere Fälle ein, z. B. Lungenkrankheiten, so werden sie andern Spitälern zugewiesen. Die *Zimmer* sind verschieden gross, zum Teil ineinandergehend. In vielen ist auf verschiedene Weise für *Ventilation* gesorgt, z. B. Ausbrechen von grossen Stücken der Wand im Gang und überall Kaminfeuer und eine Fensterscheibe durch eine vieldurchlöcherte Zinkplatte ersetzt; nebenbei wird meist der obere Teil des Fensters offen gehalten und auch in den Türen sind Löcher. Sie haben reine Luft und Zug genug und hemmen diese nicht, wenn auch schwerkranke und fröstelnde Frauen im Raume liegen. Viele Zimmer haben 3-4 Betten oder 4-5, meistens sind mehrere solche dicht beisammen; in jedem Zimmer ist ein Bett für die Wärterin. Dann sind im neuen Teile viele Sääle mit 7 Betten, ausser demjenigen für die Wärterin; da man jedoch die Ueberfüllung möglichst zu vermeiden sucht, belegt man von den sieben meist nur vier, höchstens aber fünf Betten. Sie haben kein besonderes *Gebärzimmer* für die gewöhnlichen Geburten. Das *Gebärbett* wandert: wie die Gebärenden anlangen, kommen sie in das leere Zimmer, kommen da nieder

und bleiben da; die nächsten 3-4 Gebärenden bleiben ebenfalls da bis zum Austritt; ist das Zimmer mit 4-5 Frauen gefüllt, so geht das Gebärbett weiter. (Neulich brauchten sie in 24 Stunden zwei Zimmer; d. h. 14 Geburten.) *Vorteile:* Nach dem Austritt der fünften Niedergekommenen wird das Zimmer gründlich gelüftet. *Nachteile:* Die ersten werden nach der Geburt durch die Wehenschmerzen der Nächsten gestört. — Im Ganzen 130 Betten. — Jährlich 1200-1500 Geburten. —

John Denham ist gegenwärtig Master. Dr. Speedy und Beathly Assistant-Masters. Ausser für Wöchnerinnen befindet sich noch eine Abteilung für *Frauenkrankheiten,* mit einem grossen Saale (Chronic Ward) von 12 Betten. Schönes *Untersuchungszimmer* mit Ober- und Seitenlicht. — *Betten* breit, eisern, Strohsäcke, grobes Linnen, überall Vorhänge angebracht. — Apotheke klein, im Salon der Hebamme.

Kirche: Chapel schön; mit besonderem Sitz für Master und Assistenten; soll ein feines Publikum haben, wie mir Mr. Speedy versichert. Von einem Stockwerke in das andere sind vergitterte Lücken in den Gängen für Ventilation. Artificielle Ventilation haben sie keine. Die *Kinder* liegen im Bette der Mutter. —

Fälle: eine Gebärende mit *Kopflage,* stark jammernd, zweites Stadium. — Frau durch *Metrorrhagie* bis zum Verbluten erschöpft, kam gestern sterbend: Fussende erhöht, Sinapismen auf Waden und Brust, stärkendes Klystier (Beaftea mit Whisky). Diese *stärkenden Klystiere* sind hier sehr beliebt und sollen gute Resultate geben; in dem individuellen Falle wurden kolossale Kotmassen entleert. Heute ist die Frau besser, doch noch enorm schwach und bleich. — *Frau mit schmerzhaftem Abdomen:* fiebert. *Temperaturen* werden *keine gemessen. Puls ist massgebend,* sowie *Gesichtsausdruck, Zunge und Unempfindlichkeit des Abdomens.* Retardation des Pulses ist im Wochenbett nicht exakt beobachtet; *ein etwas rascher Puls will ihnen nicht viel heissen;* sie beobachten ihn bei ganz Gesunden. — Opium gegeben. — Chinin in 2 gr.-dosen bei leichtem Puerperalfieber; grosse Dosen nicht beliebt. Puerperalfieber sehr selten; in den letzten fünf Monaten kein Todesfall daran. Im Ganzen haben sie etwa 1 % Todesfälle. *Puerperalfieberkranke werden nicht isoliert,* höchstens wenn sie moribund sind, des Anblicks wegen. *Man hält Puerperalfieber nicht für ansteckend.* — Zange etwas kleiner als die Nägeles, ohne Hacken, Blätter sehr schmal, mit grosser Kopfkrümmung. — Man hat den Grundsatz, *nie länger als sechs Stunden das zweite Stadium* dauern zu lassen, weil Mutter und Kind sonst Nachteil leiden. Bei *Zange* wird nur dann *Chloroform* gegeben, wenn die *Frau sehr widerspenstig* ist, bei gewöhnlichen Geburten kein Chloroform (wohl aber in der Privatpraxis), *bei Wendungen stets Chloroform.* — *Secale cornut.:* jeden-

falls kein Gift, höchstens darum schädlich, weil es tonische Uteruskontraktion macht. — Sie machten *Versuche* und gaben einem *Mounky* (Affen) täglich während des 10ten Monates und *kein Embryo* starb. — *Nägeles Scheere und der scharfe und der stumpfe Hacken werden viel gebraucht.* — *Kepholothriptor* scheint ihnen nur dann nützlich, wenn der Kopf noch beweglich auf dem Beckeneingang steht, später ist dieses Instrument nicht mehr leicht anlegbar. — *Transfusion* nie nötig geworden ; es starb keine Pat. an Blutung ; tiefe Kopflage etc. reichte immer aus. — In der letzten Zeit ist wieder ein *Fall von akuter Uterusinversion* vorgekommen, welchen Speedy veröffentlichen wird. — *Die Austreibung der Placenta* wird durch die Naturkräfte und durch *äusseren Druck* bewirkt. *Lösung der Placenta* jährlich kaum einmal nötig. — *Bäder* bei schmerzhaften Wehen viel gegeben, alle im Zimmer selbst.

Gynækologische Fälle

18jähriges Mädchen, war einmal menstruiert, dann nie mehr. Zur Zeit der sich einstellen sollenden Menses : Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen. — *Vagina obliteriert* durch ein durchgehendes Hymen. Urethralmündung frei. Exploration durch den Anus ergibt einen stark vergrösserten Uterus, der durch die Wandung des Bauches nicht zu fühlen ist. *Diagnose : Retentio mensium durch Obliteratio vaginæ.* Therapie : Incision. —

Enorme Ovariengeschwulst (Gypsabguss), schon einmal punktiert, soll wieder punktiert werden. Von *Ovariotomie* ist keine Rede, da diese in Irland stets über 50 °/₀ Todesfälle hatte. — *Ovarientumor :* enorme Schmerzhaftigkeit ; wurde heute punktiert, viel Albumen. — *Fall von Cervixdiscission wegen Sterilität.* Zum zweitenmal schon operiert, da nach dem ersten Male zu rasche Heilung eintrat. Jetzt werden alle 1-2 Tage *Laminaria* (sehr dünne, undurchbohrte) und Pressschwämme eingeführt, mit Hülfe von *Sims* Spekulum oder einem Röhrenspekulum (schief abgeschnitten mit Spiegelbelag), was Dr. Beatly sen. (früher Assist. Master) vorzieht. *Dr. Beatly* braucht *Simpsons Metrotom* und zieht tüchtig damit aus ; ihm ist die Hauptsache, den äussern M.m. beiderseits tief zu incidieren, so dass die Lippen umrollen ; dadurch bleibt die Erweiterung dauernd. (*Greehalgh* wünschte kürzlich von ihm Aufklärung, wie er operiere, da bei einer von ihm, d. h. Beatly, vor vier Jahren operierten Frau der Cervix prächtig offen blieb.) — Konzentrierte Hg. N-lösung wird angewandt gegen *Cervixcarcinom. Aetzmittel* in den Uterus sind *nicht angewandt. Bei Syphilis kein Hg.* — *Bei Uterusprolaps* meistens *Baker Browns* Operation mit Doppelnaht. *Die Excision der vorderen Vaginalwand* wird *nicht* geübt, da für diese Fälle ein *Hodge-Pes-*

sarium ausreicht. — Fast ausschliesslich werden *Hodges Pessarien* gebraucht. *Pelvic-Cellulitis* ist ziemlich häufig bei ihnen. Letzte Nacht wurde wegen enger Vulva und wegen drohenden zentralen Dammrisses eine tiefe mediane *Incision* ($1^1/_2$″) gemacht, mit gutem Erfolg. Im allgemeinen werden Dammincisionen sehr selten gemacht, dagegen haben sie oft Dammrisse zu nähen (Metallnähte). *Alle Geburten und Untersuchungen in der Seitenlage. Cystitis* nach der Entbindung: Alkalien etc. — Im Untersuchungszimmer hilft keine Wärterin.

Hörsaal, Museum und Instrumentarium befinden sich in *einem* Raum. Hörsaal ziemlich düster, Instrumentarium karg, rostig. Einige schöne Gypsabgüsse von rhachitischen etc. Becken; Becken durch Osteosarcom verengert. Gypsabguss der oben besprochenen Ovariencyste, vor ihrer ersten Punktion etc.

Im letzten Jahre war die Anstalt auf *acht Tage geschlossen,* weil plötzlich in allen Zimmern *Puerperalfieber* aufgetreten war. Man kennt *Leforts Werk* nicht.

111. *Whitworth, Hardwicke, Richmond-Hospital,* und *Carmichaël Scool,* besucht am 22. Februar 1868.

Im Nordwestende der Stadt, nicht ganz frei gelegen, doch mit grossen Anfahrten und Gärten. — Nicht weit davon ist eine Union (grosses Workhouse) und das Dubliner Irrenhaus. — Whitworth ist allein für innere Krankheiten. etc. Hardwicke: *Fieberspital* etc., *Richmond-Hospital*; chirurg. Spital, alles dumpf, am schlechtesten eingerichtetes Spital etc. *Carmichaël Scool:* für Anatomie und andere Lectures! Schöner Hörsaal für 100 und mehr etc.

112. *Besuch bei Churchill* am 22. Februar.

Er glaubt *nicht* an die *Ansteckung des Puerperalfiebers,* doch gibt er viel auf luftige Lage des Spitals, hält die Nähe einer chirurg. Abteilung bei der Gebärabteilung für sehr schädlich, begreift daher unsere *Basler-Sterblichkeit.* Er macht *nie Sektionen,* indem er dies für gefährlich hält etc.

113. *Dubliner Pathological Society Meeting.* Samstag den 22. Februar 1868. 4-$4^1/_2$ Uhr nachmittags. *Präsident* ist Mc. Dowell.

Anwesend Churchill, Stokes, etc. Dr. Hidd demonstriert *gestielte Uterusfibroide,* macht aufmerksam, dass, während die aussen aufsitzenden Fibroide meist sehr zahlreich sind, die inneren selten mehr als einfach sind. *Vorliegender Fall:* Dame von 36 Jahren, seit 12 Jahren am Uterus leidend; Blutungen. Diese sind in den letzten zwei Jahren sehr heftig geworden und Patientin droht marastisch zu werden. Weil virgo, war nie eine Untersuchung per vaginam vorgenommen worden. Von aussen keine Uterusvergrösserung erkennbar. — Exploration ergibt: Uterus vergrössert. 3″ Höhle. Nahe dem inneren Muttermunde 3 kastaniengrosse Fibroide, die vermittelst Ecraseur entfernt werden. — Die Blutungen nahmen ab; nach 3-4 Wochen trat Patientin gebessert aus;

bald darauf neue, heftige Blutungen; der Uterus jetzt von aussen im Niveau des Beckeneinganges zu fühlen. Uterushöhle noch 3″. — Der Cervix wird nun erweitert und die Untersuchung mit dem Finger zugänglich gemacht; alsdann werden sechs Erbsen- bis Kirschgrosse Fibroide gefunden und exstirpiert. Blutungen hören auf. Uterus verkleinert sich rapid — etc. Dr. Hamilton zeigt zwei Mammageschwülste, exstirpiert; eine ist ein einfaches Carcinom, die andere eine seltene kinderfaustgrosse Geschwulst: Cyste der Mamma gefüllt mit eingetrockneter Milch! Indikation zur Operation gaben die Schmerzen und die Furcht vor Wachstum. etc.

114. *Besuch bei Dr. Stokes,* 5 Marionsquare. 3 Uhr. 22. Februar.

Er ist Physician am Meathhospital; doch wechselt er alle 3 Monate ab und gegenwärtig ist Dr. Hudson in duty. — Er spricht sich darüber aus, dass Dublin seinen Ruf als berühmten Ort für Mediziner hauptsächlich dem Umstande verdanke, dass sie sehr viele kleinere Spitäler haben. Es wirken viele Kräfte; jeder hat Gelegenheit seine wenigen Kranken gründlich zu behandeln. etc.

115. *Mr Macnamara und Meathhospital;* besucht am 24. Februar 1868.

Macnamara ist Professor am *College of surgeons,* das beste College; nach diesem kommt Trinity College, dann Leinster College, dann University College, Carmichael College und zuletzt Steevens College. Er war in allen vom Untersten zum Obersten der Reihe nach angestellt. — Er liest nur, wenn er 150-200 Hörer hat, da es ihm nur dann Reiz macht. — Er liest *Materia medica,* schrieb ein Buch.

Meathhospital, rings von Garten umgeben, südlich, gegenüber dem Spital ein einstöckiges *Gebäude* für *Outpatients,* düster, eng, schmutzig etc.

Namens-Register.

	Seite
Alder, G.	77
Amberg, H.	152
Andreae	203
Arnd	191
v. Arx, M.	148
Asher	191
Bastian	153, 172, 175, 179
Bétrix	173, 180, 241
Beuttner	172, 174, 175, 176, 179, 266
Biland, J.	1
Bodmer, H.	81
Bourcart	174, 175, 179, 201, 244
Braïlowsky, B.	85
Bryois, E.	87
v. Bunge, G.	3
Bunimowicz	88
Chassot, M.	4
Conrad	195
Cordès	179
Corobine, E.	91
Daiches, P.	93
Dick	189, 191, 193
Dieterle	144
Döbeli, E.	5
Dumont	191
Ehrhardt	217
Ernst	206
Fahm, J.	144
v. Fellenberg, R.	6, 191, 196
Friolet, H.	94
Frösch, H.	146
Gautier	198
Gavard	212
Gebhart, E.	96
Gelpke, L.	8, 146, 183, 184, 185
Giovanogli-Soglio	210
Girard	191
Gœnner, A.	156, 188
Gœtz	203
Gorodmianskaia, H.	98
Gräflin, A.	146
Guillermin, R.	157
Häberlin	9, 10, 149
Haeberlin	206
Hagenbach	188
Hagenbach-Burckhardt	144
Hedinger	191, 193
v. Herff, O.	13, 19, 185, 187
Herzmark, J.	99
Hildebrand, O.	143, 184
Hodel, H.	100
Hœsli, A.	102
Huguenin	176
Hunziker, H	104
Jentzer	179, 180
Isderky	106
Iselin, H	143
Kahan, E.	107
König	172, 173, 176, 179, 197, 241
Kraft, A.	159
Krönlein, U.	30, 208
Kummer	173, 175, 197, 198
Labhardt, A.	22
Ladame, H.	109
LaNicca, A.	189, 193, 196, 197
Lanz	24
Lardy, E.	160
Lazaris, H.	111
Lombardi, A.	112
Maléeff, N.	118

	Seite
Marullaz, M.	121
Meyer, K.	36
Matter	264
Meyer-Ruegg 30, 205, 206,	263
Meyer-Wirz	26
Monn, A.	125
Müller, A.	143
Muret, M. 169, 173, 175, 178, 180, 205, 241,	264
Nägeli, H. 161,	207
Nager, F. R. 128,	162
Niebergall	257
Nolda, A.	165
Patry	203
Pfaehler, P.	165
Renaud, A.	167
Reverdin, A. 174, 176,	179
Reverdin, S.	174
Revilliod	203
de Reynier, L. E.	129
Rossier 172, 173, 178, 180, 204,	264
Roux 172,	173
Russ, O.	131
Scheidegger, E.	134
Scheurer	194
Schnetz, J.	136
Schuler	207
Schulze, H.	135

	Seite
Schwarzenbach	205
de Seigneux 198, 274,	300
Silberschatz, P.	137
Simen	218
Simon	220
Sommer	257
Stäheli	223
Staehelin	188
Stoos	258
Strebel 213,	214
Sussmann, A.	138
Suter, Fr.	39
Tavel, E. 24, 40, 52, 60, 190,	196
Trachtenberg	140
Vischer, A.	143
Von der Müll	188
Wallart, J.	63
Walthard, M. 64, 189, 193, 263,	278
Weber	193
Wildbolz 67,	190
Wormser, E. 69, 72, 74, 185, 188,	261
Wuhrmann, F.	168
Wyder	262
Wyssmann 218,	219
Zschokke	215

Sach-Register.

	Seite
Abscess, jauchiger, über der Symphyse	141
Abscess, perityph. Natur	148
Adnex-Chirurgie	138
Adrenalin-Kokaïn, in der Geburtshülfe und Gynækologie	185
After, künstlicher	184
Agalactia, catarrhalis contagiosa	215
Alkoholismus, mit Degeneration	3
Amputation des Cervix, Geburtsprognose	100
Amputation, der Vaginalportion, Geburtsprognose	100
Anæsthesin, Dr. Ritsert	265
Appendicitis, Bakteriologie	24
Appendicitis, frühzeitiger Eingriff	207
Appendicitis, interessanter Fall	197
Appendicitis, perforativa	150
Appendicitis, Resultate der Operation	208
Appendicitis, wann soll man operieren	10
Atresia, ani et recti	144
Atresia, ani et recti beim Kalbe	218
Bandage, bewegl. Niere	196
Bauch der, Anat. u. klin. Untersuch. Massage	244
Bauchfellentzündungen. Einwirkung der Vibration	201
Bauchwandgeschwülste	163
Blasenaffektionen	163
Blasendurchbruch, eines perityphlitisch. Abscesses	148
Blasenmole, Ovarialveränderungen	63
Bruchsäcke	163
Carcinoma, mammæ	150
Carcinoma, portionis vag.	206
Castration, der Kuh	212
Chloralchloroform, Schering	267
Chloroform - Bromæthyl - Narkose	168
Chloræthyl-Xeroform-Behandlung	265, 266
Chorionepithelium, in der Vagina	189
Chylangiom, des Mesenteriums	136
Collargolklysmen	268
Collum uteri, Struktur	118
Collum-Carcinom, abdom. Hysterectomie	200
Conservierungsverfahren, nach Dick	176
Curettage	205
Cystitis	145
Degeneration u. Alkoholismus	3
Digalen	269
Dilatation, instrumentelle	202
Dilatation, künstliche in der Geburtshilfe	176
Dilatation, rapide nach Bossi	191
Dysmenorrhoe	137
Eihautberstung	205
Eihautberstung, ohne Unterbrech. der Schwangerschaft	30
Eihautlösung, Morbidität	107
Eihautstich	129
Eileiterschwangerschaft, rupturierte	151

	Seite
Eklampsie, klinische Studie .	26
Eklampsie, moderne Lehre .	72
Endometritis	262
Eneuresis nocturna et diurna .	145
Enteroptose	152
Enterostomie, bei Peritonitis .	96
Euterhernie, bei einer Kuh .	219
Extrauteringravidität . . .	203
Extrauteringravidität, 2 Präparate	204
Fibrom, cystisches	176
Fibroma intraligamentare adenomatosum, mit Tuberkulose	102
Fluor albus, der Haustiere .	214
Fluor, Hefeanwendung . .	155
*Frühgeburts*einleitungen, Resultate	129
Frühgeburt, künstliche, wegen Beckenenge, Resultate . .	104
Frühgeburt, künstliche . .	257
Frühträchtigkeit	218
Gangraen, puerperale, der Extremitäten	69
Gebärmutterausschabung, Sterilität	106
Gebärmutterhals, beim Rinde, Vereng. und Verwachsung	213
Geburtshilflicher (Vet.) *Apparat*	210
Genitaltuberkulose	180
Gonorrhoe, polikl. Beobachtg.	140
Graviditas interstitialis, Sectio cæsarea	148
Gummihandschuhe, bei der manuellen Placentalösung .	74
Harnröhren-Dilatation . .	87
Harnscheider, von Luys . .	39
Hefeanwendung, bei Fluor .	155
Heisswasser - Alkoholdesinfektion	125
Helmitol	269
Hernia umbilicalis	144

	Seite
Hernien, Endresultate der Radikaloperation	93
Hygiama	270
Hymen, Erhaltensein bei Schwangerschaft . . .	87
Hymen rigidum imperforatum; Partus	149
Ileus, Diagnose des Sitzes .	40
Instrument u. Walthard-Wertheim'sche Karzinomoperat.	278
Jodopyrin	270
Kaiserschnitt . . . 185,	285
Kaiserschnitt, an Verstorbenen	131
Konzeptionsverhinderung, Berechtigung und Indikation 156,	159
Laparotomie, nach Pfannenstiel	197
Lymphangio-endothelioma cysticum abdominis . . .	128
Maltosan	270
Mamma-Carcinom, mit Tuberkulose	134
Meningocele	145
Mesenterialtumoren . . .	163
Morphy-Knopf	183
Mortinatalität, in der Schweiz	109
Nabelbrüche, radikale Operat	60
Nabelschnurbrüche	77
Narbendeshiscenz, des gravid. Ut. nach gynækol. Operat.	6
Narkose, mit Chloroform-Bromæthyl	168
Nebenverletzungen, bei Laparotomien	99
Nephritis, chronische. Chirurgische Behandlung . . .	8
Nieren, Ausscheidung von Indigokarmin	39
Nierendekapsulation, Experimentelles	190
Nierendiagnostik, funktionelle	67
Nierenpräparate	163

Seite

Nierensarkom 189
Nierentuberkulose, operat. Behandlung, Resultate . . 20
Oophoro-Salpingitis, tuberkulöse 149
Osteomalacie 204
Osteomalacie, nervöse Form . 111
Osteomalacie, traumatische . 160
Ovarialtumor, carcinomatöse Degeneration 149
Ovarial-Riesentumor . . . 165
Ovarien, der Kuh, anatomisch-histologische Untersuchung 220
Ovarien-Präparate 164
Ovariotomie und Schwangerschaft 154
Pancreascyste 143
Pelviperitonitis, nach abortiven Manipulationen . . 204
Perforationsperitonitis, bei alten Frauen 206
Pericolitis postappendicularis, narbige 52
Peritonitis accutissima . . 150
Peritonitis perforativa . . 150
Peritonitis suppurativa, nach Perforation des proc. vermif. 206
Perityphlitis, Komplikation mit Schwangerschaft . . . 22
Perityphlitis, vorgetäuschte . 161
Perityphlitis, an der Zürcher chir. Klinik 112
Placenta, fibröse Gerinnungen 1
Placenta prævia, historischer Ueberblick 85
Placenta, vorzeitige Ablösung bei normal. Sitze . . . 88
Placentarlösung, Morbidität . 107
Placentation, menschliche . 94
Polydaktylie 146
Portio-Excisionen 164
Præauriculäre Anhänge . . 146

Seite

Processus vermiformis, kongenitale Divertikelbildung . 193
Prolapsoperationen, Geburtsprognose 100
Protargol 271
Protylin « Roche » . . . 272
Pseudohermaphroditismus, b. Kalbe 218
Psychoneurosen, moral. Behandlung 256
Puerperalfieber 150
Pyelitis 150
Pyelitis ideopath. akute, bei Schwangern 9
Rachitisches Becken, mit kongenit. Hüftgelenkluxation . 204
Retentio placentæ, Ursachen . 74
Retroflexio uteri, Behandlung vermittelst Vaginafixation . 91
Riesenwuchs, kongenit., des Daumens 165
Säuglingsernährung, grosse Pausen 5, 258
Sarkoma, retrorectale . . . 146
Sakralgegend-Tumoren . . 163
Schamlippe, ulceröse, Tuberkulose 167
Scheidenverletzungen, b. (vet.) Geburtsakt 213
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 257
Schwangerschaft, norm., Ovarialveränderungen . . . 63
Schwangerschaftszeichen, in d. ersten Monaten 19
Sectio cæsarea, Graviditas interstitialis 148
Sectio cæsarea, bei rachitisch. Becken 153
Sectio cæsarea, bei rachit. plattem Becken 147
Sectio cæsarea, Statist. Studien 98

	Seite
Septicæmie, hæmorrhagische, infolge puerperal. Mestitis	4
Serotherapie, des Streptokokkenpuerperalfiebers	64
Sklerema neonatorum	189
Skolikoiditis perforativa, in einer Schenkelhernie	152
Somatose	272
Statuten, der Geburtshilflich-gynækolog. Gesellschaft der franz. Schweiz	242
Streptococcus, Mastitidis	223
Sublamin	272
Sublimat-Antisepsis des Genitalkanals	107
Symphysektomie	185
Symphysektomie, bei allg. verengtem Becken	147
Teratom, der Schilddrüse	146
Thigenol « Roche »	273
Tubenpräparate	164
Tuberkulose, der Portio vag.	135
Tumorenstation Zürich, Untersuchungen	162
Unterschenkel-Verkrümmung, kongenit.	146
Untersuchungs-Divan	274
Uteruscarcinom, Totalexstirpation, vag. oder abdom.	13
Uterus-Curettage-Proben	163
Uterus-Dilatator	198
Uterus-Erkrankungen	164
Uterusfibrome, Behandlung	198
Uterusfibrome, operat. Indikationen	169
Uterusfibrome, versch. Formen	176
Uterusperforation, Darmverletzung	184
Uteruspolypen, hist. Unters.	195
Uterusruptur	147
Uterusruptur, Casuistik	81
Uterusruptur, spontane, in der Schwangerschaft	36
Uterussonde, galvano-kaustische . . . 146,	184
Vaginalaffektionen	164
Vaginalcyste, grosse	194
Vaginal-Tumoren	121
Vaginitis gonorrhoica	145
Varicocele parovarialis superior	195
Vibrationen, manuelle	201
Vielträchtigkeit, beim Rind	217
Vulvaverletzungen, beim (vet.) Geburtsakt	213
Wochenbettpathologie	261
Wurmfortsätze	163
Zwillingsplacenta, Anomalie	157

General-Namens-Register des I.—V. Jahrganges.

	Seite
Abt	I 67
Ahlfeld	II 34
Alder, G.	V 77
Alexieff, W.	IV 97
Aliantchikova	IV 101
Amberg, H.	V 152
Ammann	I 68
Amrein, G.	IV 103
Andreæ	V 203
Anselm	IV 1
Arabian	IV 195
Arnd	IV 216, V 191
v. Arx, M.	II 143, 161, III 189
	IV 168, V 148
Asher	III 213, IV 216, V 191
Athanassow, P.	IV 104
Audéoud	III 230
v. Babo, A.	II 97
Bær	I 131, III 237, IV 231
Bärlocher, H.	II 98
Baltischwiler, A.	III 94
Bangerter	I 69
Bard	III 219, 229
Barraud	I 47
Bastian, J.	IV 2, 7, 45, 176
	V 153, 172, 175, 179
Batouleff, V.	IV 106
Bérésowski, A.	IV 108
Besse, P. M.	IV 179
Bétrix, A.	IV 10, 343, 345
	V 173, 180, 241
Bétrix-Beuttner	III 250
Betschmann, T.	III 96

	Seite
Beuttner, O.	I 9, 13, 14,
	15, 25, 135, 136, 137
	II 150, 160, 191
	III 1, 2, 3, 5 254, 256
	IV 180, 281, 296, 347
	V 172, 174, 175, 176, 179, 266
Biehly, H.	III 97
Biland, J.	V 1
Billeter	I 16
Binder	II 142
Bing, R.	IV 109
Bischoff, J. J. A.	II 100
Bloch	IV 235
Blunschy, A.	II 102
Bodmer, H.	V 81
Bôle, Ch.	III 99
Bossart, A.	III 8
Bossart, Arthur	III 100
Bosshard	I 70
Bourcart	I 18, 120
	IV 182, 344, 346
	V 174, 175, 179, 201, 244
Bourget	II 1, III 232, IV 197, 236
Bourquin	III 230
Braïlowsky, B.	V 85
Brunner, C.	I 100
Brunner, F.	I 127, 128, 129
	II 3, 172, 179, 181
Brunner, K.	IV 204
Brunner, Th.	IV 167
Bryois, E.	V 87
Bühler	I 106
Bühler, A.	IV 13

Seite
Bürgi, C. . . . . III 102
Bumm, E. F. I 102, 103, 110, 111
II 162
Bunge . . . . I 19, III 206, V 3
Bunimowicz . . . . . . V 88
Burckhardt, E. . . . . . IV 161
Burckhardt, O. . . . . II 6, III 9
Campiche, P.. . . . . . III 105
Centurier . . . . III 231
Chassot, M. . . . . . . V 4
Cheintziss, E. . . . . . III 106
Clément . . III 217, IV 222, 223
Cloetta . . . . . IV 233, 235
Cohnheim, E. . . . . . IV 110
Collomb, A. . . . . . . II 7
Conrad I 117, II 163, III 211, V 195
Cordès . . . . I 105
IV 340, 341, 345, V 179
Corobine, E. . . . . . . V 91
Daiches, P. . . . . . . V 93
Debrunner, A. . . . . . II 8
von Deschwanden . . . IV 111
Deucher, P. . . . . . . IV 205
Dick . . . I 114, 117, II 163
III 210, 213, 214, 215
IV 218, 220, 221
V 189, 191, 193
Dieterle . . . . V 144
Döbeli, E. . . . . . . V 5
Dubois . . . . IV 16
Duchinoff, Z. . . . . . . IV 112
Dübendorfer, E. . . . . . III 108
Dumont . . I 40, 115, V 191
Dumont, F. L. . . . . . IV 282
Dupraz . . . . IV 224
Dutoit . . . . III 192
Ebbinghaus, H. . . . . . IV 19
Edebohls-Beuttner III 251, IV 281
Efron, R. . . . . IV 114
Eggmann . . . . III 239
Ehrhardt, J. . II 193, III 238, 242
IV 238, V 217

Seite
Eichhorst II 170, 176, 180, IV 233
Ernst, P. . . . . . II 186, V 206
Escher, C. . . . . . . III 109
Eternod, A. C. F. . . I 20, II 22
Eugster . . . . I 95
Fahm, J. . . IV 161, 164, V 144
Faure . . . . I 70
Feer, E. . . . . III 206
v. Fellenberg, R. . . . . II 105
III 14, 17, 213
IV 183, 184, 218, 219, 220
V 6, 191, 196
Ferri . . . . I 72
Figowski . . . . I 73
Fischer . . . . I 74
Fortmann . . . . I 74
Frank, M. . . . . IV 47
v. Freudenreich, Ed. . . IV 239
Frick . . . . I 133
Friolet . . . . . . IV 155, V 94
Frösch, H. . . . . . . V 146
Gassmann, A. . . . I 21, II 23
Gallusser . . . . I 76
Gampert . . . . III 228
Gautier . . . . V 190
Gavard . . . . V 212
Gebhart, E. . . . . . . V 96
Gelpke, S. I 22, 137, II 160, 161
IV 23, 167
V 8, 146, 183, 184, 185
Giovanogli-Soglio . . . V 210
Girard . . . . . I 115, V 191
Gœnner, A. . . . . . . II 24, 25
IV 26, 290, V 156, 188
Gœrig, A. . . . . II 198
Gœtz . . . . III 229
Gorodmianskaia, H. . . . V 98
Gottschall, P. . . . . . II 27
Gourfein, D. . . . . . . II 29
Gouriane, T. . . . . . . III 110
Gräflin, A. . . . . . . V 146
Gröning, G. . . . . . . II 200

Seite
Guillaume . . . II 30, IV 27
Guillebeau . . . I 146, IV 242
Guillerey, J. . . . . . . II 203
Guillermin, R. . . . . V 157
Gunning, J. . . . . . . II 106
Hæberlin . . . . I 101
II 141, 144, 169, 170, 180, 183
III 18, 192
IV 174, 204, 232
V 9, 10, 149, 206
Hægler, C. S. . . . . . I 23
Hæmig. . . II 34, 35, 171, 174
Haffter, M. . . . . . . I 77
Hagenbach, E. . . III 111, V 188
Hagenbach-Burckhardt . . III 49
IV 161, 164, V 144
Hahn, D. . . . . II 108
Hedinger . . . . . V 191, 193
Heer . . . . IV 233
Heim-Vögtlin, M. . . . IV 282
Henne, H. . . . . . . II 145
v. Herff, O. . . . . . . II 159
III 20, 204, 205
IV 201, 204, 207, 208, 209, 213, 291
V 13, 19, 185, 187
v. Herrenschwand . . . III 211
Herzmark, I. . . . . . . V 99
Hess . . . . IV 243
Heuss, E. . . . . . . IV 30, 184
Hildebrand . . . . . . II 161
Hildebrand, E. . . . . . III 113
Hildebrand, O. IV 155, V 143, 184
Hodel, H. . . . . V 100
Hohl . . . . IV 216
Hösli, A. . . . . V 102
Hottinger . . . . . I 126, 129
II 180, 182, 184, 184. IV 231
Hotz, H. . . . . III 114
Huber, A. . . . . . . I 128
III 38, 174, 183, 184, 185
IV 206
Hübscher . . . . I 148

Seite
Hug . . . . IV 243
Hugentobler, E. . . . . III 115
Huguenin . . . . V 176
Hunziker, H. . . . . . . V 104
Jadassohn . . . . II 164
Jaquet, A. . . . II 64, IV 212
Jaunin, P. . . . . IV 185
Ibel, J. . . . . IV 243
Jentzer, A. . . . . . . I 25
IV 32, 186, 204, 344
V 179, 180
Joris, L. . . . . IV 246
Isderky . . . . V 106
Iselin, H. . . . . V 143
Julliard, G. . . . . . . II 40
III 21, 222, 223, 230
Jung, P. . . . . IV 115
Kæser, J. . . . . III 38
Kahan, E. . . . . . . V 107
Kalt . . . I 34, 141, II 189
Kasassova, N. . . . . IV 126
Kater . . . . II 8
Kaufmann . . . . I 108
Keller, H. . . . . II 41, III 22
Kellerhals. . . . . . . I 79
Klirikoff . . . . I 180
Knoop . . . . I 109
Kocher, A. . . . . I 37, III 25
Kocher, Th. . . . . . . I 100
König . I 35, IV 34, 35, 186, 187
V 172, 173, 176, 179, 197, 241
Kollmann . . . . . . I 38, 108
Konrad . . . . . IV 217, 218
Kouchewa, L. . . . . . II 109
Kourina, A. . . . . . . III 116
Krafft . . . . . IV 236, V 159
Kreis . . . . I 39
Kreis, O. . . . . III 28
Kremenchouzty, S. . . . . IV 128
Krönlein, U. . . . I 101, II 43, 177
III 234, V 30, 208
Kroneker . . . . I 102

Seite

Krükova, V. . . . . . . IV 129
Krumenbein . . . . . II 90
Kuhn . . . . IV 251
Kummer, E. . . . . . . I 121
III 223, 225, 226, 228
V 173, 175, 197, 198
Kworostansky, P. . . . II 47
III 30, IV 41
Labhardt, A. . . . . III 33, 195
IV 43, 46, 213, 215, V 22
Ladame, H. . . . . . . V 109
Langhans, Th. . . . . II 51
La Nicca . . . I 117, III 211
IV 204, 215, 217
V 189, 193, 196, 197
Lanz, O. . I 115, II 55, 56, V 24
Lardy, E. III 222, 223, 229, V 160
Lassueur . . . . . . I 95
Laubi . . . . II 170
Lauper, J. . . II 112, III 117
Lazaris, H. . . . . . V 111
Lébédeff, M. . . . . . III 120
Lebet, A. . . . . . . III 122
Lempen, S. . . II 197, III 240
Lindt . . . . III 210
Lombardi, A. . . . . V 112
Lüning . . . . I 128, II 173
Lux. . . . . IV 257
Machard. A. . II 47, 145 III 223
Maillart . . . . . . I 41
Maléeff, N. . . . . . V 118
Mannkowski . . . . . IV 258
Marina, J. . . . . . . II 115
Marullaz, M. . . . . . V 121
Martin, E. . . III 223, IV 47
Martin, L. . . . . . IV 297
Masüger, A. . . . IV 130, 167
Matile . . . . III 230
Matter . . . . V 264
Mayor . . . . III 222
Maystre, A. . . . . . III 125
Meyer, E.. . . . II 58, IV 49

Seite

Meyer, H. . . . I 42, 138, 141
Meyer, K.. . . . . III 128, V 36
Meyer, R.. . . . . . . IV 225
Meyer-Ruegg, H. . . II 61, 176
IV 50, V 30, 205, 206, 263
Meyer-Wirz, C. . . II 170, III 34
IV 232, 233, V 26
Müller, P.. . . I 50, 99, 100, 113
Michalski, J. . . III 130, IV 188
Milkowska, H. . . . . II 116
Minder, F. . . . . . . IV 135
Morguieff, G.. . . . . IV 131
v. Morlot, M. . . . . IV 133
Monn, A. . . . . V 125
Moosmann, A. . . . . IV 118
Moser, F. . . . . . . II 117
Moser, Alf. . . . . . II 204
Münch, K. . . . . . . III 36
Münch, A. W. . . . . III 196
Müller . . . . III 220
Müller, A. III 134, IV 155, V 143
Müller, G. . . . . II 7, 26, 27
Müller, Herm. . . II 175, 186
Müller, J. F. . . . . . IV 136
Müller, P. . . . II 159, 164
III 207, 208, 209, 213
IV 203, 216, 218, 219, 220
Müry, A. . . . . II 62
v. Muralt, W. . II 173, 175, 184
Muret . . . II 187, 188, III 233
IV 52, 53, 237
V 169, 173, 175, 178, 180,
205, 241, 264
v. Mutach. . . . . I 45, III 210
Nadig . . . . I 81
Nadler, J. . . . II 146, III 37
Næf, M. . . . . IV 189
Nægeli, H. . . . I 97, V 161, 207
Nager, F. R. . . . V 128, 162
Nazlamoff . . . . I 82
Nicod . . . . IV 224
Nicolet, C. . . . II 121, IV 224

Seite
Niebergall I 113, II 64, 65, V 257
Niehans . . . . I 115
Nieriker, H. . . . . . . III 197
Nolda, A. . . . . V 165
Nordmann, A. II 66, 69, III 151
Oberndorfer, S. . . . . . II 70
Olivier, J. . . . . . . II 122
Ost . . . . IV 216
Oswald, E. . . IV 55, 137, 214
Otz, H. . . . . III 139
Panoff, C. . . . . III 141
Paravicini . . . . I 84
Paravicini, sen. . . . . . II 147
de Patton, S. . III 142, IV 56
Patry . . . III 220, 223, V 206
Pégaitaz . . . . IV 224
Pérusset . . . . III 233
Pfæhler, P. . . . . . . V 165
Piotrowska, E. . . . . . IV 138
Pissareff, E. . . . . . . III 147
Plattner, N. . . . . . . IV 59
Popoff, V. . . . . . . II 126
de Quervain, F. . . II 71, III 46
Rapin, O. . . I 47, 105, 124
II 73, 188, III 201, 251
Razskazow . . . . . . I 85
Reber, M. . . III 148, IV 164
Regez . . . . I 86
Regli, E. . . . . IV 283
Reidhaar, L. . . . II 74, III 41
Reinhardt . . . . I 107
Renaud, A. . . . . . . V 167
Reutter, G. . . . . . . III 154
Reverdin, A. . . . . . . I 49
III 221, 226, 227, 255
IV 190, 192, 298
V 174, 176, 179
Reverdin, J. L. . . . . I 97, 121
III 42, 218, 219, 221-225, 229
V 174
Revilliod . I 120, III 233, V 203
de Reynier, L. E. . . . . V 129
Seite
Reyser, H. . . . . III 152
Ribbert . . . . I 125
Riederer, Th. . . . . . . IV 263
Ritter, H. . . . . III 154
Ritzler, K. . . . . III 156
Rosenmund, H. . . . . . III 159
Rossier, G. . I 123, 142, II 189
III 43, 252, IV 58, 198, 291
V 172, 173, 178, 180, 204, 264
Roux I 50, III 231, 233, V 172, 173
Rudnewa, B. . . . . II 126
Runge . . . . II 34
Russ, O. . . . . V 131
Sacharoff, M. . . . . . III 162
Sahli . . . . IV 204
Schakhoff, M. . . . . . IV 139
Schäppi . . . . II 142
Schaller . . . . IV 221
Scheidegger, E. . . . . . V 134
Scheiffele, E. . . . . . . III 164
Schenkel, G. J. . . . . . IV 270
Scherb, X. . . . . IV 141
Scherf, Ch. . . . . III 167
Scheurer . . . . V 194
Schläpfer, U. . . . . . . II 181
Schlatter . . . . II 176, 182
Schmid, G. W. . . . . . III 243
Schnetz, J. . . . . V 136
Schnyder . . . . I 88
Schönenberger, W. . . . . III 168
Schönenberger, F. . . . . IV 144
Schröders . . . . I 87
Schüle, E. . . . . III 170
Schulthess, W. . I 127, 129, 131
II 174, 176, 180, IV 233
Schulze, H. . . . . V 135
Schwarz . . . . II 170
Schwarzenbach, E. . I 44, 53, 127
II 170, III 50
IV 226, 227, 228, V 205
Schweizer, R. . . . . . IV 145
Schwyter . . . . I 146

Seite
de Seigneux, R. . . I 120, II 76
III 217, 229, IV 309, 311, 346
V 198, 274, 300
de Senarclens, V. . III 172, 201
Serguééva, V. . . . . . IV 147
Serguieswky, P. . . . . III 173
Sick, K. . . . . IV 61
Sidler, F. . . . . IV 65
Sidler-Huguenin . . . . IV 62
Silberschatz, P. . . . . V 137
Silberschmidt, W. . . . II 185
IV 66, 233, 235
Simen . . . . V 218
Simon . . . . V 220
Simoff, P. . . . . . . II 129
Sommer . . . . V 257
Siracoff, G. . . . . . . III 174
Speckert, J. . . . . . . IV 168
Spengler, E. . . . . . . II 8
Stäheli . . . . V 223
Stæhelin . . . . V 188
Stark, H. . . . . IV 272
Steiger, P. A. . . . . . IV 275
Stenzel, W. . . . . . . III 246
Stierlin. . . . . . I 126, II 81
Stocker . . . . I 50
Stoos . . . . V 258
Strassmann . . . . . . II 34
Strebel, L. . . . . . . II 196
Strebel, M. . I 147, 148, II 194
IV 240, V 213, 214
Streckeisen, Ed. . . . . IV 149
Streit, H. . . . . II 211
Sturzenegger . . . . . . II 142
Suter, F. II 86, III 52, 205, IV 210, 212
Sussmann, A. . . . . . V 138
Suter, F. A . . . III 176, V 39
Suter, G. . . . . III 252
Sutter, H. . . . . III 178
Taillens . . . . IV 194
Tavel, E. II 87, 90, III 53, IV 60, 70, 73
V 24, 40, 52, 60, 190, 196

Seite
Teumin, S. . . . . III 180
Trachtenberg . . . . . . V 140
Trechsel . . . . I 122
de Trève-Barber . . . . III 183
Treyer . . . . IV 224
Tschlenoff, B. . . . . . III 55
Tschudy, E. . . II 173, 175, 178
III 57, IV 168, 229, 230, 231
Uhlmann, Otto . . . . . IV 278
Unger . . . . I 147
Vannod . . . . I 118, III 212
Vischer, A. . . . . V 143
Veyrassat . . . . IV 195
Von der Müll . . . . . . V 188
Vuillet, H. I 40, II 91, 147, IV 8, 342
Wægeli, Ch. . . . . . . II 130
Wallart, J. . . . . V 63
Walter, Th. . . . . III 185
Walthard, M. I 54, 116,
118, 119, 140, 142, II 163
III 59, 66, 210, 213, 214, 216
IV 79, 84, 218, 287, 288, 290
V 64, 189, 193, 263, 278
Wanner, P. . . III 233, IV 87
Wannier, A. . . . . . . III 187
Weber I 90, III 214, IV 217, V 193
Weck . . . III 217, IV 223, 224
Weissenbach . . . . . . IV 224
v. Werdt I 117, III 211, 214, IV 204
Wichser . . . . I 91
Widmer . . . . IV 232
Widmer, Ch. . . . . . IV 92
Wild, C. R. . . . . . . II 132
Wildbolz . . III 212, 213, IV 220
V 67, 190
Wilhelmi, A. . . . . . . III 239
Witkiewicz, J. . . . . . II 138
Wormser, E. I 51, 55, 56, 57,
59, 60, 63, 112, II 92, 93,
94, 189, III 70, 75, 77, 78, 252
IV 93, 289, 290, 291
V 69, 72, 74, 185, 188, 261

Seite

Wuhrmann, F. . III 79, 80, V 168
Wunderli . . . . I 64
Wyder I 131, II 166, 186, IV 290
V 262
Wyss-Fleury . . . . . . II 148
Wyss, K. . . . . IV 151
Wyss, O.. I 125, 130, III 84, IV 95

Seite

Wyssmann. . . . V 218, 219
Zahn . . . . I 120
Zbinden, H. . . . II 139, III 92
Ziegler, H. . . . . . . IV 125
Zimmermann . . . . . . I 93
Zobel, K. . . . . III 247
Zschokke . I 143, IV 243, V 215

General-Sach-Register des I.—V. Jahrganges.

Seite

Abdominal - Totalexstirpation, Uterus myomatosus gravidus . . . . . . I 119
Ableitende Harnwege, Cystenbildungen . . . . I 74
Abortus, Zur Behandlung d. unvollständigen . I 9, III 116
Abortus-Behandlung . . IV 221
Abortus, künstlicher, bei Cystitis . . . . II 142
Abortus, künstlicher, Berechtigung . . . . IV 26
Abortus, Morbidität u. Mortalität . . . . II 142
Abortus, epizootischer, des Pferdes . . . . . . II 203
Abrasio mucosæ uteri . . II 12
Abscess, periurethraler . . II 9
Abscess, jauchiger, über der Symphyse . . . . V 141
Abscess, perityphl. Natur . V 148
Achseldrüsentuberkulose, bei Tumor der weibl. Mamma IV 19
Achsenzugzange . . . . IV 208
Achsenzugzange, von v. Herff IV 213
Achterpessar, von Schultze II 152
Adenomyoma uteri . I 120, III 216
Adnexe, des menschl. Uterus I 91
Adnex-Chirurgie . . . V 138
Adnex-Tuberkulose . . . IV 138
Adrenalin-Kokain, in der Geburtsh. und Gyn. . . V 185
Aether-Narkose . II 106, IV 111
After, künstlicher . . . 184
Agalactia catarrhalis contagiosa, patholog. Anatomie IV 272

Seite

Agalaktie, infect., der Ziege IV 243
Albuminurie, mit abgestorbener Frucht . . IV 200, 201
Alexander-Adam-Operation I 137, II 130, 98, 58
Alkoholismus und Degeneration . . . . V 3
Amputatio uteri supravaginalis . . . . I 53
Amputatio cervicis . . . II 12
Amputatio cervicis, Geburtsprognose . . . . . . V 100
Amputation, intrauterine . III 233
Amputation, der Vaginalportio, Geburtsprognose . V 100
Amputation, congenitale . IV 87
Analfisteln, Genese . . . IV 33
Anæsthesie . . . II 8, IV 282
Anæsthesin Dr. Ritsert . . V 265
Angiome, der Milchdrüse d. Haustiere . . . . . . III 246
Anomalien, congenit. u. erworbene der weibl. Genitalien . . III 233, IV 131
Antisepsis . . . . I 103, II 8
Antistreptococcenserum, Wirkung . . . . III 53
Anus prælernaturalis, Apparat für Operierte . . III 226
Apostolische Behandlung d. Myome . . . . II 13
Appendicitis, Bakteriologie V 24
Appendicitis u. Geburtshülfe I 35
Appendicitis, frühzeit. Eingriff . . . . V 207

Seite

Appendicitis, Pathologie u. Therapie . I 77, III 156, 231
Appendicitis, interessanter Fall . . . . V 197
Appendicitis perforativa, vortäuschende Krankheitsbilder . . . . . II 182
Appendicitis perforativa . V 150
Appendicitis perforativa, in einem Schenkelbruch . III 196
Appendicitis, mit Perityphl. IV 197
Appendicitis und Opiumverabreichung . . . . . IV 236
Appendicitis, Resultate der Operation . . . . . V 208
Appendicitis, wann soll man operieren . . . . . V 10
Appendix vermiformis, im Leistenkanal . . . . III 192
Armabscess, puerperalen Ursprungs . . . . . II 7
Asphyxie, d. Kaiserschnittskinder . . . . II 19
Atavismus, beim Schwein II 193
Atmokausis . . . . . I 12
Atresia vaginalis congenita I 121
Atresia ani . . . . . IV 166
Atresia ani vag. . . . II 10
Atresia ani et recti . . . V 144
Atresia ani et recti, beim Kalbe . . . . V 218
Atresia hymenalis . . . II 10
Atresia hymenalis congenita III 3
Atresia vag. senil. . . . II 3
Atresie congenit. des Duodenums . . . . . . IV 194
Atrophie cong. des untern Körperabschnittes . . IV 215
Atropin-Behandlung, bei Ileus . . . . II 34
Auto-Intoxicationen, der Schwangerschaft . . . II 122

Seite

Badetabletten, von Dr. Sedlitzky . . . . II 191
Bakteriologie, des weiblich. Genitalkanals . . . . I 140
Bandage, für bewegl. Niere V 196
Bartholinische Drüsen . . II 10
Bauch, der, Anat. u. klin. Unters., Massage . . . V 244
Bauchbrüche, nach gynækologischen Operation. entstanden . . . . . . I 113
Bauchchirurgie, Ueberraschungen . . . . . . IV 215
Bauchfellentzündung, Einwirkung der Vibration . V 201
Bauchfelltuberkulose, Kasuistische Mitteil. II 18, IV 169
Bauchfelltuberkulose, Laparotomie . . . . . . IV 156
Bauchhöhlendrainage . . IV 145
Bauchschwangerschaft . . II 21
Bauchwandgeschwülste . . V 163
Becken, weibliche, 100 Messungen an der Leiche . II 24
Beckendrüsen, bei Portio-Carcinom . . . . . . III 205
Befruchtung, künstliche . II 17
Bierhefe, reine getrocknete II 190
Bierhefe-Tabletten, von Fink II 190
Bildungs- und Lagerungsanomalien, der Nieren der Schlachttiere . . . . II 198
Blase, Harnröhre . . . II 9
Blasenaffektionen . . . V 163
Blasenauskratzungen . . II 10
Blasencervicalfistel . . . IV 213
Blasendurchbruch, eines perityphlitischen Abscesses V 148
Blasenerkrankungen . . I 141
Blasenfremdkörper . . . IV 230
Blasenmole . . . . . . III 191
Blasenmole, destruierende . II 27

Seite
Blasenmole, Ovarialveränderungen . . . . . V 63
Blasenscheidenfistel . . . III 234
Blasenscheidenfistel, zwei Fälle von . . . . . I 97
Blasentuberkulose, Sectio alta IV 160
Blasentumoren . . . . III 205
Blutungen « post partum » . IV 43
Bogenschnitt, suprasymphysäer . . . . III 207
Bogenschnitt, suprasymphysäer, nach Küstner . . III 17
Bogenschnitt, suprasymphysäer, n. Rapin-Küstner . III 1
Bossi-Dilatator, Anwendg. IV 32
Bossi-Dilatation, Beitrag z. IV 43
Bossi-Instrument, Anwendung . . . . . . IV 213
Bruchsäcke . . . . . . V 163
Brunst, zur Physiologie b. Rinde . . . . III 243
Brustdrüsen, zwei Fälle von accessorischen . . . I 95
Brustdrüsen, Erkrankungen IV 168
Brustdrüse, Tuberkulose . I 121
Brusttuberkulose . III 224, 225
Caput obstipum . . IV 163, 166
Carcinoma cervicis . . . II 3
Carcinoma corp. uteri I 132, II 162
Carcinoma mammæ . . V 150
Carcinoma portionis vag. . V 206
Carcinoma uteri . I 79, III 225
Carcinom, des Dickdarms, Operation und Erfolge . I 93
Carcinom, der Flexura sigmoidea . . . . . IV 157
Carcinome, der Milchdrüsen der Haustiere . . . . III 246
Carcinom-Metastasen, in beiden Ovarien . . . I 81
Carcinom-Operation, nach Wertheim . . . . . IV 175

Seite
Carcinom, seltene Fälle . III 154
Carcinom und *Sarcom* im Uterus . . . . III 154
Cascarine Leprince . . . III 252
Castration, bei Uterusfibromen . . . . I 85
Castration, der Kuh . . V 212
Castrationsatrophie, Experimentelle Untersuch. . I 25
Cervicalmyom . . . . III 204
Cervico-Vaginalfisteln, Kasuistik . . . . III 78
Cervicalkanal, mechan. Erweiterung . . . . . IV 309
Cervix-Durchreibung, « sub partu » . . . . II 21
Cervixcarcinom, beginnendes . . . . IV 219
Cervixcarcinom, vorgeschrittenes . . . . IV 219
Cervixmyom, enormes . . IV 218
Cervixrisse, sub partu . . II 21
Chininsalze, Aktion bei der schwangeren Frau . . I 105
Chirurgie der Baucheingeweide, Murphoyknopf . I 22
Chlorœthylnarkose . . . III 8
Chloral-Chloroform, Schering . . . . V 267
Chlorœthyl, phys. Wirkung III 122
Chlorœthyl-Xeroform, Behandlung . . . V 265, 266
Chlorœthyl . . . . . . III 253
Chloroform-Bromœthyl-Narkose . . . . V 168
Chloroform und Ether . . III 42
Chondrofibrom, des Uterus III 30
Chondrome, der Milchdrüse der Haustiere . . . . III 246
Chorionangiom . . . . II 70
Chorionepitheliom, malignes I 108, II 51, III 172

Seite

Chorionepitheliom, in der Vagina . . . . V 189
Chylangiom, des Mesenteriums . . . . V 136
Chyluscyste . . . . . III 169
Classifikation, embryologische, von Eiern . . . I 20
Classifikation, morpholog., anormaler Becken . . I 105
Cocainanæsthesie . . . II 40
Cocainisierung, d. Rückenmarkes . . . I 40, II 91
Cocaininjektion, subarachnoidale . . . . . I 40
Cæliotomia vaginalis posterior . . . . I 86
Collargolum . . . . . III 153
Collargolklysmen . . . V 268
Collum uteri, Struktur . . V 118
Collumcarcinom, abdomin. Hysterektomie . . . V 200
Colon transversum, Implantation in das Rectum oder den Anus . . . . . II 71
Conservierungsverfahren, n. Pick . . . . V 176
Corpora lutea, Entwicklungsstad., menschlicher I 106
Coxalgisch-schräg verengtes Becken . . . . . III 228
Cruralhernien . . . . II 143
Cruralhernie, incarcerierte II 143
Curettage, b. Fibromyomen II 13 V, 205
Curette Beuttner . . . I 11
Cusco-Speculum, nach Reverdin . . . . . . IV 308
Cyste, congenit., der Sacralgegend . . . . . IV 167
Cystennieren . . . . . . II 186
Cystennieren, als Geburtshindernis . . . . . IV 168
Cystitis, primär-tuberkul. II 10, V 145

Seite

Cystitis, tuberculosa, Pathologie und Therapie . . IV 141
Cystoskop, von Dr. Boisseau du Rocher . . . . . I 118
Dammdefekte, ausserhalb d. Wochenbettes, Operation II 11
Dammriss 3. Grades, Prophylaxe und Nath . . III 59
Dammriss, 3. Grades . . IV 173
Dammschutz . . . . . . II 144
Darmnaht . . . . . . II 17
Darm-Exclusion, Ileus . III 226
Darm-Magen-Anastomosen I 50
Darmocclusion . . . . II 81
Darm-Protektion, Instrument von A. Reverdin . III 257
Darmresektion . . . . II 17
Deciduo-Sarcoma-malignum II 12
Degeneration u. Alkoholismus V 3
Dermoide, der Ovarien . . II 186
Dermoidcyste, Stieltorsion II 144, 145
Dermoidcyste, d. l. Ovariums III 36
Desmoid, der Bauchdecken IV 155
Dickdarm-Resection . . I 93
Digalen . . . . V 269
Dilatation, instrumentelle . V 202
Dilatation, künstliche, in d. Geburtshilfe . . . . V 176
Dilatation, rapide, n. Bossi V 191
Dilatatorium, von Bossi . II 74
Diplococcenperitonitis, bei Kindern . . . . . . III 49
Diplostreptococcus . . . I 54
Dotterschlinge, venöse . . III 11
Drüsenausräumung, b. Carcinoma uteri . . . . III 20
Drustregime . . . . . . IV 167
Dysmenorrhoe . . . . . V 137
Ectasia vesicæ urinariæ, congenit. . . . . . . II 20
Ehe, Geburt und Tod . . II 30

Seite

Ei, frisches, inficiert . . III 204
Eierstock, der Fledermaus, Untersuchungen . . . . II 108
Eifollikel, Rückbildung bei Wirbeltieren . . . . IV 13
Eihaut-Berstung . . V 30, 205
Eihaut-Lösung, Morbidität V 107
Eihautretention . . . . II 142
Eihautstich . . . . . V 129
Eileiterschwangerschaft, rupturierte . . . . . V 151
Einpressen des Kopfes, zu diagnostischen Zwecken IV 35
Eklampsie . . . II 166, V 26
Eklampsie, Sectio cæsarea . IV 149
Eklampsie, puerperale, Histogenese der Leberveränderungen bei . . . I 73
Eklampsie, enorme Placenta IV 186
Eklampsie, moderne Lehre V 72
Elephantiasis vulvæ . . III 162
Elixir Condurango peptonatum Immermann . . . III 253
Embryonen, menschliche . IV 21
Embryome, Rückbildungsvorgänge . . . . . IV 151
Embryotomie, Morbidität u. Mortalität . . . . . IV 106
Embolie, von Parenchymzellen . . . . . . II 126
Encephalocele . . . . . II 188
Endometritis . . . . . V 262
Endometritis, bacteriotoxische . . . . III 66
Eneuresis nocturna et diurna V 145
Enteroptose u. Schwangerschaft . . . . . . I 41
Enteroptose, allgem. III 208, V 152
Enterorrhaphie, nach Dünndarmverletzung . . . II 18
Enterorrhaphie, des Colons descendens . . . . II 17

Seite

Enterostomie, bei Peritonitis V 96
Entzündliche Affektionen, des Uterus . . . . . IV 171
Entzündungen, der Ovarien IV 172
Enucleation, submucöser Myome der Cervix u. des Körpers . . . . . II 13
Erbrechen, unstillbares . III 18
Erbrechen, nach gynækol.-geburtshülflich. Narkosen I 14
Erweiterung des Muttermundes, unter der Geburt, künstliche . . . . . I 42
Ether-Anæsthesie . III 21, 222
Ether und Chloroform . . III 42
Ether-Narkose . . . . III 105
Euter-Hernie, b. einer Kuh V 219
Euterentzündungen, bei Haustieren . . . . IV 242
Euterentzündungen, Bakterienbefunde . . . . IV 275
Euterentzündungen, Colibakterien . . . . . II 211
Euternekrose, anatomische Veränderungen . . . III 247
Eutertuberkulose . . . II 204
Excochleatio uteri, im Wochenbett . . . . . III 75
Exomphalie . . . . . III 217
Exstirpatio vag. uteri, bei malignen Krankheiten . II 14
Exstirpatio vag. uteri myomat. . . . . II 14
Exsudate, puerperale, Behandlung . . . . . III 209
Extractum Chinæ Nanning IV 292
Extrauteringravidität, 50 Fälle von . . . . . III 152
Extrauterinschwangerschaft III 209, V 203
Extrauteringravidität, Diskussion . . . . . IV 207
Extrauteringravid. IV 216, 287, 167

Seite

Extrauteringravidität, zwei Präparate . . . . . V 204
Extremitätenfrakturen, intra partum . . . . I 67
Extremitätenvorfall, bei Kopflage . . . . . III 38
Fadenträger, nach Reverdin IV 299
Fascienquerschnitt, n. Pfannenstiel . . . . . III 2
Ferratin-Ferratose . . . IV 292
Fibromyoma uteri . . . I 120
Fibromyome . . . . . II 13
Fibrom, cystisches IV 237, V 176
Fibrom, intraligamentare adenomatosum, mit Tuberkulose . . . . . V 102
Fibrom, der Nierenfettzone IV 190
Fibrome, kompliziert mit Schwangerschaft . . . III 228
Fibro-Myom, der r. Schamlippe . . . . II 11
Fibro-Myom, der l. grossen Schamlippe . . . . II 11
Fisteln, pyo-stercorale, Behandlung . . . . . IV 138
Fluidovarin (Prof. Buttin) . III 254
Fluor albus, der Haustiere V 214
Fluor albus, Hefeanwend. . V 155
Foliorum uvæ ursi (Dialyse Golaz) . . . . . . III 254
Fortossan . . . . . IV 294
Fremdkörper, in utero . . III 220
Fremdkörper-Appendicitis . IV 188
Fruchtbehälter-Bauchbruch, b. einer Stute u. der Kuh IV 240
Frühgeburt . . . . . I 122
Frühgeburt u. Nierensteine II 147
Frühgeburt, künstl. II 141, V 257
Frühgeburt, künstliche, Statistik . . . IV 108, V 129
Frühgeburt, künstliche, wegen Beckenenge . II 21, V 104

Seite

Frühgeburt, künstliche, aus anderer Ursache als Beckenenge . . . . . II 21
Frühträchtigkeit . . . V 218
Fussvorfall, b. Schädellage III 37
Galactophoritis, kontagiöse, mikrosk.-anat. Veränderungen . . . . . . IV 243
Galactophoritis, traumat. . IV 246
Gangraen, puerperale, des Fusses . . . . II 94
Gangraen, puerperale, der untern Extremitäten II 93, V 69
Gangraen, spontane, der Beine im Wochenbett . I 56
Gastrulation, wahrscheinliche des menschlich. Eies II 22
Gebärmutter, schwangere, Einbringen von Luft . . I 47
Gebärmutter und Scheidenrisse, Mechanismus und Therapie der . . . . I 88
Gebärmutter-Ausschabung . V 106
Gebärmutter-Hals, b. Rinde, Verengerung etc. . . V 213
Gebärmutterschleimhaut, primäre Tuberkulose . II 12
Gebärneurose . . . . I 146
Gebärparese, Recidive . . I 148
Geburt, im frühen Lebensalter . . . . IV 135
Geburt, auffällig verzögerte, beim Rinde . . . . II 197
Geburtshilfliche Tasche, n. de Seigneux . . . . IV 311
Geburtshilfl. Vet. Apparat V 210
Geburtsverlauf, alter Erstgeschwängerter . . IV 133
Geburtsverletzungen, d. Auges . . . . IV 62
Geburtshindernis, enorme Vergrösserung d. Nieren III 239

Seite

Gelatinöses Serum, von Lancereaux . . . . . I 18
Gelatine-Anwendung . . IV 69
Gelatine-Behandlung, bei Melæna neonatorum . . IV 55
Genitalien, weibliche, Anomalien . . . . IV 131
Genitaltuberkulose . . . V 180
Gesichtslagen, zur Behandlung der . . IV. 1, 118, 125
Geschwülste, des Uterus . IV 170
Geschwülste, der Ovarien . IV 172
Gonococcus, Bedeutung für die Gynækologie . . . II 186
Gonorrhoe, im Wochenbett II 100
Gonorrhoe, b. Weibe III 43, V 140
Gravidität, Chirurg. Operationen, während . . . I 87
Graviditas extrauterina . II 21
Graviditas interstitialis, sectio cæsarea . . . . V 148
Grosses Kind . . . . I 95
Grossesse nerveuse . . . III 190
Gummihandschuhe, in der Geburtshilfe . . . . I 99
Gummihandschuhe, bei der manuellen Placentalösg. V 74
Gynæcomastie . . . . III 102
Gynækologie, moderne . . IV 52
Gynækologie, operative, gegenwärtige Resultate . I 103
Gynækologie, operat. Vorlesungen über . . . . IV 8
Gynækologie, in Genf . . III 125
Haarballen, aus dem Uterus von Kühen . . . . I 146
Hæmatocele, retrouterina . II 12
Hæmatocele, anteuterina . IV 200
Hæmatocelensack, exstirpierter . . . . II 162
Hæmatocolpos . . . . I 121
Hæmatocolpos lateral. dext. II 10

Seite

Hæmatom, d. grossen rechten Schamlippe . . . II 11
Hæmatoma lig. lat. sinistri IV 226
Hæmatome, postoperative, Verhütung . . . . . IV 69
Hæmaturie, renale . . . III 52
Händedesinfektion . . I 23, 63
Händereinigung . . I 23, III 193
Händeschutz . . . . . I 23
Hängebauch . . . . . I 135
Halsumschlingung, durch d. Nabelstrang, congenit. . IV 87
Haltung der Früchte, in früh. Schwangerschaftsmonaten . . . . . II 20
Handschuhe, aseptische . I 97
Handschuhe, Gebrauch in d. Chirurgie u. Geburtshilfe I 59
Harnantisepticum . . . IV 136
Harnblase, Perforation . . III 36
Harndesinficientien, baktericide Wirkung . . . III 20
Harnröhrendefekt . . . III 234
Harnröhren-Dilatation . . V 87
Harnscheider, n. Luys IV 220, V 39
Harnsteine, geographische Verbreitung . . . . III 173
Harnträufeln . . . . II 9
Hautgangraen, nach subkutaner Infusion . . . . III 77
Hebotomie . . . . . IV 177
Hefenanwendung, bei Fluor V 155
Hegars Schwangerschaftszeichen . . . . . . III 142
Heissluftapparat, f. Beckenaffektionen . . . . II 191
Heissluftapparat, zur Behandlung von Beckenexsudaten . . . . . III 204
Heisswasser-Alkoholdesinfektion . . . . . . V 125
Helmitol . IV 136, 184, V 269

Seite

Hermaphroditismus masculinus internus . . . . IV 232
Hernien . . . . IV 169
Hernia lineæ albæ . . . IV 164
Hernia obturatoria, incarcerata . . . . IV 160
Hernia umbilicalis IV 163, 165, V 144
Hernien, nach Laparotomie III 167
Hernien, Radikaloperation III 215, V 93
Hernie, der schwangeren Gebärmutter . . . . I 136
Herzfehler und Puerperium III 159
Herzhypertrophie, angeborene, idiopatische . . IV 114
Herzklappenfehler, chronische, Komplikationen mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett . . . III 185
Herzkrankheiten, Wirkung auf die Uterusmuskulatur und Placenta . . . . IV 41
Hexadaktylie, hereditäre . IV 103
Hodge Pessar . . . . . . II 153
Humanisierte Milch, von Yverdon . . . . . . II 189
Hydatidenmole . . . . II 51
Hydramnion, akutes . . IV 126
Hydrocephalus, kongenital. III 229, IV 227, 228
Hydronephrose II 141, 161, 181
Hydronephrosis congenita . I 125
Hydronephrosis intermittens III 130
Hygiama . . . IV 292, V 270
Hymen, cave hymini . . II 61
Hymen, Erhaltensein bei Schwangerschaft . . . V 87
Hymen rigidum imperforatum, Partus . . . . V 149
Hyperinvolutio uteri, im Wochenbett . . . . II 16

Seite

Hyperleucocytose, diagnostische Bedeutung . . . IV 56
Hypnose, prakt. Betracht. . II 187
Hypnose und Geburt . . III 231
Hysterectomie, totale abdominale, Traktionen . . I 49
Hysterie, Fieber bei . . III 113
Hysteroskopie . . . . . I 12
Hysteroskop Beuttner . . I 12
Ichthyol . . . . II 190
Ileus . . . . III 18, IV 161
Ileus, chirurgisch nicht zu behandelnder . . . . II 34
Ileus, Diagnose des Sitzes . V 40
Ileus, statistische Studie . I 80
Imperforatio ani . . . III 225
Incontinentia urinæ . . . IV 170
Infektion, puerperale . . I 34
Infektionen, kolibacilläre, des Kalbes . . . . III 237
Infusion, subkutane, Hautgangraen . . . . . III 77
Infusionsapparat, n. Martin IV 297
Inhalationsmaske, elastische III 197
Injektionen, intrauterine I 18, 120
Insertion der Placenta, fehlerhafte . . . . . IV 223
Instrumentelles auf urologischem Gebiet . . . . III 256
Instrument nach Walthard für Wertheim'sche Karzinomoperation . . . V 278
Interstitielle Schwangerschaft . . . . II 188
Inversio uteri senilis, operative Behandlung . . III 14
Irrigationscurette, nach Reverdin . . . . IV 302
Isolierkur, am Kantonsspital in Genf . . . . . . II 188
Jodoformintoxication . . III 18
Jodopyrin . . . . V 270

Seite

Kaffeesatzartige Massen . I 14
Kaiserschnitt, bei einer Zwergin . . . . . IV 97
Kaiserschnitt . . V 185, 285
Kaiserschnitt, bei einer Verstorbenen . . . . . V 131
Kastration . . . . . II 16
Kastration, bei Myomen . II 14
Kastration weibl. Hunde . III 238
Kastration weibl. Schweine IV 238
Kephirtabletten, von Heuberger . . . . . . II 190
Kindespflege . . . . . IV 282
Kindersterblichkeit, Blasenseuche . . . . . . IV 95
Klemmzange, n. Reverdin IV 307
Klitorisblutung . . . . III 191
Knochenveränderungen, der Schwangeren . . . . II 132
Knorpelinseln im Uterus . IV 112
Kœliotomie vag., bei Graviditas extrauterina . . . II 21
Kœliotomie vag., bei gutartigen Erkrankungen der Pars gestationis et generationis . . . . . II 15
Kœliotomien, ventrale, wegen Tubenerkrankungen II 15
Kolpektomie I 51, III 97, 207, IV 129
Kolpektomie, nach P. Müller IV 187
Konzeptionsverhinderung, Berechtigung und Indikation . . . . V 156, 159
Kopfeinstellung . . . . II 76
Kraurosis vulvæ . . . III 28
Kugelzange, zum Sprengen der Blase . . . . . IV 209
Kuheuter, Vorkommen von Bakterien . . . . . IV 238
Kuheuter, Hyperæmie . . IV 243
Kuheuter, chron. Katarrh . IV 251

Seite

Kuheuter, Schwielenbildung IV 251
Kuheuter, traumatisch. Verschluss der Zitze . . . IV 251
Kuhmilch, Einfluss der Erwärmung auf die Gerinnung . . . . IV 66
Kuhmilch, physikalisch-chemische Untersuchungen . III 114
Kuhzitze, Bau des Strich-Kanals . . . . . . IV 258
Künstliche Frühgeburt . . IV 198
Kyphose, der Lendenwirbelsäule . . . . II 165
Kyphose, lumbo-sacrale . IV 176
Kyphotisch-querverengte Becken . . . . IV 199, 213
Kystadenom, des Ovariums, papilläres . . . . . II 129
Kystoma ovarii . . . . II 143
Lactagol . . . . IV 293
Lageveränderungen d. Uterus . . . . IV 171
Laktation und *Zahnkaries* . I 16
Laparotomie, n. Pfannenstiel V 197
Laparotomien, aus verschiedenen Ursachen . . . II 18
Laparotomie, bei Graviditas extrauterina . . . . II 21
Laparotomie, transversale . IV 180
Laparotomiebinde n. Beuttner I 15
Lebercarcinom, mit Graviditāt . . . . III 207
Libido sexualis . . . . II 17
Lig. latum-Geschwulst . . III 221
Lig. rotundum-Geschwülste II 11
Lig. rotunda, vag. Verkürzung . . . . IV 175
Liquor Cresoli saponatus . II 8
Luftembolie . . . . . I 132
Lungenembolie . . . . III 164
Luxatio coxæ congen. . . IV 166
Lymphangiome . . . . IV 161

Seite

Lymphangioma circumscriptum cystic. vulv. . . . IV 30
Lymphangioma cysticum, d. rechten Nebenniere . . I 70
Lymphangio endothelioma cysticum abdominis . . V 128
Makaken, Entwicklung der Placenta . . . . . I 38
Maltosan . . . . V 270
Malzextrakte, v. Dr. Wander . . . . II 191
Mammacarcinom, mit Tuberkulose . . . . . V 134
Mammasarcom . . . . II 161
Mastdarmcarcinom . . . III 176
Mastdarmcarcinom, Resultate der Operation . . II 43
Mastdarm-Läsionen, clysmatische . . . . . . III 151
Mastitis, akute, bei Haustieren . . . . III 247
Mastitis, pyæmische, der Haustiere . . . . . IV 246
Mastitis, Prophylaxe . . II 62
Medullarnarkose, bei Gebärenden . . . . I 39
Mehrfache Schwangerschaft, neues Zeichen . . . IV 186
Mehrgeburten . . . . . II 30
Melæna vera neonat. . . III 128
Melæna vera neonat., Gelatinebehandlung . IV 55, 214
Meningocele, mit Encephalocele . . . II 188, V 145
Menstruations-Störungen . III 10
Menstruierender Uterus . IV 214
Metreuryse . . . . I 42, II 74
Meyer'scher Ring, Kuriositäten . . . . II 11
Mesenterial-Tumoren . . V 163
Metritis, Exstirpatio uteri . II 162
Methylenblau, Elimination . II 122

Seite

Milch, Gehalt an Bakterien IV 257
Milchpräparate und Ersatzmittel . . . . I 138
Milch und *Milchpräparate* II 233
Milchpräparate, Untersuch. IV 65
Milchdrüsentuberkulose . IV 19
Missbildung, kongenit., des Anus . . . . III 110
Missbildung, kongenit., der Tricuspidalklappe . . IV 144
Missbildung der Gelenke . IV 163
Missbildung, peracephale . III 183
Missbildung eines Neugebornen . . . . II 188
Missed Abortion I 107, 123, IV 185, 201
Missed labour, bei Carcinoma uteri . . . . III 33
Molimina menstrualia . . II 17
Morbus Basedowi . . . III 25
Mortinatalität, in d. Schweiz V 109
Murphyknopf I 22, II 18, V 183
Muskeldefekte, angeborne . IV 109
Muttermilch, Unerträglichkeit, positiv-chem. Befund II 69
Myom, intramurales . . IV 214
Myom, in graviditate, operative Entfernung . . III 195
Myome, Komplikationen . III 94
Myomfälle, d. Frauenklinik Zürich . . . . III 50
Myomenucleation . . . I 131
Myomoperationen, ventrale II 14
Myomoperationen, kombinierte . . . . II 14
Myxœdem, Gravida . . . II 165
Myxoma chorii . . . . II 144
Nabelbruch . . . . . . II 143
Nabelbruch, rad. Operation V 60
Nabelkothfisteln, der Neugebornen . . . . I 126

Seite

Nabelschnurhernie III 214, V 77
Nabelschnur, Reposition . II 145
Nabelschnur, zu kurze . . II 20
Nabelschnurumschlingung, bei einem Fœtus . . . IV 89
Nabelwunde, infizierte . . IV 163
Nachbehandlung der Laparotomierten . . . . . III 194
Nachgeburtsperiode, z. Physiologie . . . . . II 20
Nadel, nach Reverdin . . IV 298
Naht-Methode, neue . . IV 192
Narbendehiscenz, des grav. Uterus nach gynækolog. Operationen . . . . V 6
Narkose . . . III 194, IV 167
Narkose, mit Chloroform-Bromæthyl . . . . V 168
Nebenniere, Lymphangioma cysticum . . . . . I 70
Nebenverletzungen, bei Laparotomie . . . . . V 99
Nephrectomie, Anurie . . IV 160
Nephritis, operat. Heilung II 140
Nephritis, chronische, chirurgische Behandlung . V 8
Nervus pudendus intern. . IV 73
Neubildungen, krankhafte . III 100
Neuraglia brachialis . . III 174
Neurasthenie, Behandlung . II 109
Neurasthenie und Psychotherapie . . . . . III 92
Neurasthenie u. Retroflexio uteri mobilis . . . . I 118
Neurosine Prunier . . . IV 293
Niere, Anteversion . . . III 79
Niere, Doppelbildung . . III 57
Niere, bewegliche . . . III 79
Nieren, Ausscheidung von Indigo-Karmin . . . V 39
Nierenchirurgie . II 178, III 84
Nierendekapsulation IV 281, V 190

Seite

Nieren-Diagnostik, funktionelle . . . . . . V 67
Nieren, Entwicklungsstörungen . . . . . . IV 49
Nierenentzündung, operat. Behandlung . . . . III 251
Nierenkrankheiten, Wirkung auf die Uterusmuskulatur und Placenta . . . . IV 41
Nierenkrebs, primärer, Metastasen . . . . . III 178
Nierenmissbildung, m. chronischer Nephritis . . . II 115
Nierenpräparate . . . . V 163
Nierensteine, Nephrotomie . IV 229
Nierensteine und Frühgeburt . . . . II 147
Nierensarcom . . . . V 189
Nierenruptur, subcutane . II 179
Nieren der Schlachttiere etc. II 198
Nierentuberkulose, operativ geheilt . . . . II 178
Nierentuberkulose . . III 218, 234 V 20
Nierentuberkulose, Diagnose und Behandlung . . . IV 210
Nierentumoren, im Kindesalter . . . . I 90
Nierentumor . . . . . II 161
Nitze-Albaran-Cystoscop . III 212
Nomenclatur, der schrägen Durchmesser . . . . I 105
Oedema ovarii, hæmorrhag. III 216
Oeleinläufe . . . . . I 148
Oophorosalpingitis, tuberkulöse . . . . V 149
Operation, Vorbereitung . III 192
Operat. Gynækologie, Grenzen und Erfolge . . . I 102
Ophtalmie, metastatische . II 7
Ophtalmie, metastatische, n. Infektionskrankheiten . II 8

Seite

Ophtalmie, puerperale, metastatische . . . II 8, III 141
Organotherapie, der Ovarien III 106
Osteomalacie I 130, IV 130, V 204
Osteomalacie, nervöse Form V 111
Osteomalacie, mit Riesenzellen-Sarcomen . . . . III 168
Osteomalacie, Therapie und Röntgenphotographie . III 117
Osteomalacie, traumatische V 160
Osteomalacisches Becken . IV 198
Osteophyt, puerperales . . II 132
Ovarialabscess . . . . II 16
Ovarialadenome, Aetiologie IV 79
Ovarial-Carcinom . . . IV 225
Ovarial-Cyste . III 210, IV 222
Ovarialcysten, bakteriologisch nachgewiesene Infektion . . . . I 64
Ovarialcysten, Stieldrehung I 84, IV 23
Ovarialdermoid, carcin. Degeneration . . . . . . IV 225
Ovarialgeschwulst, mit interessanter Entwicklung . II 166
Ovarialhernie . . . . II 16
Ovarialhernie, mit Pseudoincarceration . . . . . . IV 47
Ovarialkystom, Carcinomrecidiv etc. . . . . . . II 162
Ovarial-Riesentumor . . V 165
Ovarialsarcom . . . . IV 222
Ovarialschwangerschaft . III 110
Ovarialtumor, krebsig entartet . . . . II 5, V 149
Ovarialtumor, von aussergewöhnlicher Grösse . II 4
Ovarialtumoren, Komplikationen mit Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett . . . . I 113
Ovarialzangen, n. Reverdin IV 303

Seite

Ovarien, Carcinom, Metastasen . . . . I 81
Ovarien, kleincystische Entartung . . . . II 97
Ovarien, d. Kuh, anat.-hist. Untersuchung . . . . V 220
Ovarien-Präparate . . . V 164
Ovarium, Fibro-Sarcom . III 217
Ovarium, Kystadenom, sarcomatöse und carcinomatöse Degeneration . . II 129
Ovarium, Psammocarcinom II 138
Ovariotomien . . . . II 16
Ovariotomien und Schwangerschaft . . . . . V 154
Ovariotomie, vag., während der Geburt. . . . . II 65
Ovo-Maltine, Dr. Wander . IV 293
Papilla Mammæ, Bau . . IV 263
Papillom, fibro-epitheliales, traubiges, des Ovariums III 96
Pancreascyste . . . . V 143
Paraffin-Injektionen, nach Gersuny . . . . . . III 234
Paralyse, geburtshilf. . . IV 179
Pars copulationis . . . II 10
Pars generationis . . . II 16
Pars gestationis . . . . II 11
Patient, Vorbereitung zur Operation . . . . . . III 193
Pelviperitonitis, nach abortiver Manipulation . . V 204
Pelvis plana osteomalacica III 204
Perforation, des leb. Kindes III 217
Perforation, Berechtigung IV 26
Perforationsperitonitis, bei alten Frauen . . . . V 206
Perforatio uteri . . . . II 141
Pericolitis, postappendicularis, narbige . . . . V 52
Peritonitis, Durchwanderungsperit. . . . . . II 87

Seite
Peritonitis accutissima . . V 150
Peritonitis, eitrige . . . III 220
Peritonitis perforat. II 144, V 150
Peritonitis puerperalis . . I 54
Peritonitis suppurativa, n. Perfor. des proc. vermif. V 206
Peritonitis tubercul. II 112, IV 162
Peritonitis tuberculosa, Beiträge zur Kasuistik der Laparotomie . . . . I 72
Peritonitis tuberculosa, Bemerkungen über zwei nachgewiesene anatomische Heilungen . . . I 72
Peritonitis tuberculosa, interne Behandlung . . III 115
Perityphlitis . . . . II 35, 171
Perityphlitis, im Bauchsack IV 231
Perityphlitis, im Kinderalter III 170
Perityphlitis, 100 Fälle von III 134
Perityphlitis Komplikation mit Schwangerschaft . V 22
Perityphlitis, medizinale Behandlung . . . . . . II 1
Perityphlitis, vorgetäuschte V 161
Perityphlitis, Methode früher Radikaloperation . I 37
Perityphlitis, operative Behandlung . . . . . . II 172
Perityphlitis, an d. Zürcher chirurg. Klinik . . . V 112
Perityphlitis, Diagnose und Irrwege . . . II 183, II 38
Perityphlitis, Indikationen zur operativ. Behandlung II 55
Perityphlitis, Differenzialdiagnose . . . . . II 37
Perniciöse Anæmie II 164, IV 200
Peroneuslähmung, infolge schwerer Geburt . . . II 146
Pessarbehandlung, Komplikation . . . . IV 189

Seite
Phosphatine Fallière . . . IV 293
Phytin . . . . IV 293
Physometrie, artificielle . I 47
Placenta, Anatomie und Pathologie . . . . . IV 41
Placenta, Entwicklung . . I 38
Placenta, enorme . . . IV 186
Placenta, fibröse Erscheinungen . . . . . . V 1
Placenta, künstliche Lösung II 102, V 88
Placenta, Insertion auf einem submucösen Uterusmyom . . . . . . I 53
Placenta prævia I 69, II 21, V 85
Placenta, vorzeitige Lösung d. normalsitzenden, während Schwangerschaft u. Geburt . . . . I 70, V 88
Placentaradhærenz II 66, IV 41, 50
Placentarlösung, manuelle . IV 101
Placentarlösung, Morbidität V 107
Placentarlösung, Uterusruptur . . . . IV 137
Placentarreste, nach Aborten II 51
Placentartumoren . . . IV 46
Placentation, menschliche . V 94
Pneumococcenperitonitis, Aetiologie . . . III 46, IV 162
Polydactylie . IV 103, 166, V 146
Polypen, myomatöse, Operation . . . . II 13
Portio-Carcinom . . . . . III 205
Portio-Excisionen . . . V 164
Post-Partum-Blutungen, Verfahren zur Stillung . IV 45
Præauriculäre Anhänge . V 146
Probehysterotomie . . . . IV 2
Processus vermiformis, Verwachsung mit der Tube . II 142
Processus vermiformis, kongenit. Divertikelbildung . V 193

Seite

Prolapsus mucosæ urethræ II 9
Prolapsus uteri gravidi . . II 165
Prolapsus vaginæ . . . IV 173
Prolapsus recti . . IV 161, 164
Prolapsoperation . III 97, IV 129
Prolapsoperation, n. Wertheim . . . . IV 219
Prolapsoperation, Geburtsprognose . . . . . V 100
Prolaps, Scheidenexstirpation . . . . I 50
Prolaps, Beseitigung bei älteren Frauen . . . . I 51
Prolaps, Beseitigung bei Frauen, die noch menstruieren . . . . . I 52
Proportionsverhältnisse des weiblichen Körpers . . III 180
Protargol . . . . V 271
Protylin « Roche » . . . V 272
Pruritis vulvæ . . . IV 73, 174
Pseudometritiden, chronische, Behandlung . . I 116
Pseudohermaphroditismus beim Kalbe . . . . V 218
Pseudoileus . . . . . . III 18
Psychoneurosen, moral. Behandlung . . . . . . V 256
Psychotherapie, und Neurasthenie . . . . III 92
Puerperium, Ernährungsvorgänge . . . . II 41
Puerperalfieber . . . IV 58, V 150
Puerperalfieber-Behandlung IV 201
Puerperalfieber-Erkrankungen, Statistik . . . . I 110
Puerperalfieber, forensische Bedeutung . . . . . . III 34
Puerperale Infektion, operative Therapie . . . . I 111
Puerperalinfektion m. Pneumococcus Fränkel . . II 6

Seite

Puerperalinfektion, endogene . . . . II 6
Punktion, von Pyosalpinxsäcken . . . . II 15
Punktion, v. Ovarialcysten II 16
Pyæmie beim Rinde . . . II 196
Pyelitis . . . . V 150
Pyelitis, ideopath. akute bei Schwangern . . . . V 9
Pyocolpos . . . . II 3
Pyometra . . . . II 3
Pyonephrose . II 181, III 57, IV 158
Pyosalpinx . . . . . . IV 173
Pyosalpinx, geplatzter . . II 182
Rachitis, angeborene . . III 109
Rachitisches Becken, m. kongenit. Hüftgelenkluxation V 204
*Rectal*ernährung . . . . IV 205
Rectalstricturen, neue Behandlung . . . . . . III 148
Recto-Vaginalfistel, Naht . III 65
Recto-Vaginalfistel . . . III 210
Rectum-Damm-Vaginalriss, Prophylaxe und Naht. . . III 210
*Rectus*diastase . . . . IV 155
Reifezeichen der Frucht . IV 115
Reifezeichen der Neugeborenen . . . . IV 117
Ren mobilis, Pathologie und Diagnose . . . . . . III 80
Resektion, des Dünndarms bei Gangraen u. Inguinalhernie . . . . II 18
Resektion, eines Mastdarmvorfalles und des Kolon descendens etc. . . . II 18
Resektion, des Kolon wegen carcinomatöser Stenose . II 18
Retentio placentæ, Ursachen V 74
Retrodeviation, des graviden Uterus . . . . II 116

Seite

Retroflexio, uteri gravidi part. . . . . II 20
Retroflexio, uteri, Behandlg. II 150
Retroflexio, uteri, Behandlg. mit Vaginalfixation . . V 91
Retroflexio, uteri mobilis, klinische Behandlung . III 70
Retroflexio, uteri mobilis, und Neurasthenie . . . I 118
Retroversio uteri, Behandlg. III 208
Retroversio uteri, operative Behandlung . . . . III 139
Riesenniere, fœtale . . . IV 270
Riesenwuchs, kongenit. des Daumens . . . . . V 165
Röntgenphotographie, Verwertung in der Geburtshilfe . . . . I 57, 112
Ruptur, Dünndarmschlinge IV 155
Ruptur, am Fundus uteri . IV 220
Ruptur des Sterno-cleido-mast. beim Neugeborenen IV 195
Sacro-Coccygealtumoren . III 111
Salipyrin . . . . II 190
Salipyrin, therap. Verwert. auf gynæk. Gebiete . . I 13
Salzwasserinfusion . . . I 101
Sakralgegend-Tumoren . . V 163
Sanatogen . . . . IV 294
Sarcoma abdominis . . . IV 162
Sarcoma corp. uteri . . . II 166
Sarcoma retrorectale . . V 146
Sarkome, retroperitoneale, pararenale . . . . . I 121
Sarcom und Carcinom, im Uterus . . . . III 154
Säugling, Ernährung . . I 139
III 206, IV 283. V 258
Säugling, Ernährung, grosse Pausen . . . . V 5
Säugling, Ernährung und Zahncaries . . . . . I 133

Seite

Säugling, Gewichtszunahme I 39
Schamlippe, ulceröse Tuberculose . . . . V 167
Scheidencysten . . II 11, IV 92
Scheiden-Dammverletzungen, ausserhalb des Wochenbettes . . . . . II 10
Scheidendrüsen . . III 204, IV 92
Scheidenexstirpation b. Prolaps . . . . I 50
Scheidenklappe, hypertroph. II 142
Scheidenlängsriss, sub partu II 22
Scheidenmastdarm-Riss, sub partu . . . . II 22
Scheidenträchtigkeit . . . I 147
Scheidenverletzungen beim (vet.) Geburtsakt . . . V 213
Scheidenvorfall bei der Kuh I 148
Schenkelbeuge-Tumor . . III 219
Schleimhautpolypen, der Uterushöhle . . . . III 5
Schlitten- und Wiegenpessar von Schultze . . . . II 153
Schräge Durchmesser des Beckens . . . . . I 105
Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett . . . . V 257
Schwangerschaft und Enteroptose, günstig. Einfluss I 41, 82
Schwangerschaft, im frühen Lebensalter . . . . IV 135
Schwangerschaft, normale, Ovarialveränderungen . V 63
Schwangerschafts-Nephritis II 165
Schwangerschafts-Zeichen, in den ersten Monaten . V 19
Schwangerschaft, nervöse, suggestive . . . . . II 73
Secalis cornuti, Dialysatum Golaz . . . . II 64
Sectio Cæsarea, relative Indikation . . . . . I 132

Seite

Sectio cæsarea, graviditas interst. . . . . V 148
Sectio cæsarea, . II 15, IV 232
Sectio cæsarea, conservativa IV 176
Sectio cæsarea, Eklampsie IV 149
Sectio cæsarea, bei rachit. Becken . . . . . . V 153
Sectio cæsarea, bei rachit. plattem Becken . . . V 147
Sectio cæsarea, Statist. Studien. . . . . V 98
Seelische Behandlung, Grundzüge der . . . . . IV 16
Seife, chirurgische, von A. Reverdin . . . . . III 252
Seife, gynækologische nach A. Reverdin . . . . IV 308
Selbstmassage, im lauen Bade II 147
Selbstreinigung, des weibl. Genitaltraktus . . . . III 216
Sepsis, puerperale . . . II 141
Sepsis, puerperale, Behandlg. III 41
Septicæmie, hæmorrh. in folg. puerper. Mastitis . V 4
Sepsis, acute . . . . . III 18
Serum von Lancereaux . . I 120
Serotherapie, des Streptokokkenpuerperalfiebers . . V 64
Sim'sches Speculum (modifiziert) . . . . IV 255
Sinus Hermann, cystische Entartung . . . . . IV 70
Sirup hypophosphite (Dr. Egger) . . . . III 254
Sitzbäder, Wirkung und Indikationen . . . III 55, IV 59
Skleroma, neonatorum . . V 189
Skoliose, congenitale . . IV 104
Skoliokoiditis perforativa, in einer Schenkelhernie . V 152
Soolbadbehandlung, während der Gravidität . . III 22
Somatose . . . . V 272

Seite

Spaltbecken . . . . . IV 53
Speculum, selbsthaltendes . I 45
Speculum von v. Muttach . I 46
Sperma . . . . II 163
Spina bifida lumbalis und Klumpfüsse . . . . IV 228
Sphincter ani, Zerreissung bei einem Neugeborenen III 220
Sphincteren - Hysterotomie, temporäre . . . . . IV 7
Spontaninfektion, des weibl. Genitaltraktus . . . . III 216
Statuten der Geburtshilfl.-gynæcol. Gesellschaft der französ. Schweiz . . . V 242
Stenosis recti congenita. . IV 163
Sterilisierung der Frau . . III 215
Sterilisierung vermittelst Tubenunterbindung . . . II 169
Stieltorsion . . . . . II 16
Stieltorsion d. Ovarialcysten IV 23
Stirnlagen . . . . . IV 118
Streptokokken des Kuheuters etc. . . . . II 200
Streptokokkus Mastitidis . V 223
Streptokokkenserumtherapie II 90
V 64
Struma colloides cystica im Ovarium . . . . . IV 84
Struma congenita . . . I 131
Strumapräparate . . . IV 219
Strumektomie, i. d. Schwangerschaft . . . . . IV 183
Stumpfe Nadel, n. Reverdin IV 299
Sublamin . . . . . . V 272
Sublimatantisepsis des Genitalkanals . . . . . V 107
Suspensionsapparat, von A. Reverdin . . . . . I 49
Suspension, nach Reverdin IV 304
Suprasymphysärer Bogenschnitt, n. Rapin-Küstner II 166

Seite

Suprasymphysärer Kreuzschnitt, Hämatom. Vermeidung . . . . . IV 184
Suprasymphysärer Hautschnitt, nach Küstner . II 166
Symphysektomie . . . . V 185
Symphysektomie, bei allgem. verengt. Becken . . . V 147
Syncytioma malignum I 132, II 27
Syncytioma malignum, sein Zusammenhang mit der Blasenmole. . . . . II 47
Syncytium, i. schwangeren Uterus . . . . IV 41
Syncytium und Zellschicht. II 51
Syndactylie . . . . . II 142
Syphilis-Uebertragung, postconceptionelle . . . . II 164
Tagestemperaturen, höchste im Wochenbett . . . I 55
Tavel'sche Operation . . IV 174
Technik, verbesserte . . I 103
Teratome, d. Ovarien II 186, III 147
Teratom, der Schilddrüse . V 146
Dr. Theinhardt's Kindernahrung . . . . . IV 294
Thigenol « Roche » . . . V 273
Thiol . . . . III 254
Thomas Pessar . . . . II 153
Thrombus placentæ . . . II 141
Tod, Ehe, Geburt . II 30, IV 27
Torsio uteri gravidi . . . III 240
Totalexstirpatio uteri . . II 143
Treppensitz, nach Reverdin IV 306
Trocart, für periuterine Exsudate, nach Reverdin . IV 301
Trocart-Ovarialzange, nach Reverdin . . . . . IV 303
Tuben (Peritoneal)-Fibrome IV 225
Tubenpräparate . . . . V 164
Tubarschwangerschaft II 183, 188 III 204, IV 225

Seite

Tubarschwangerschaft, wiederholte, b. derselb. Frau I 68
Tubarschwangerschaft, geplatzte . . . . II 162
Tubentuberkulose . . . II 105
Tuberkulose, des Cœcums . IV 157
Tuberkulose, der weibl. Genitalien . . . . IV 139
Tulpe, von Schwarzenbach I 43
Tumorenstation Zürich, Untersuchungen . . . . V 162
Tussis uterina . . . . II 17
Ueberwanderung, äussere des Eies . . . . . IV 182
Ulcus œsophagi neon. . . III 128
Ulcus rodens vulvæ. II 10, III 28
Unfähigkeit, zunehmende, der Frauen, ihre Kinder zu stillen . . . . . I 19
Unfruchtbarkeit, des Rindes I 143
Unterschenkelverkrümmung, kongenit. . . . . . . V 146
Untersuchungstisch, nach Beuttner . . . . . IV 296
Untersuchungs-Divan nach de Seigneux . . . . V 274
Ureter, Beitrag zur Kenntnis der Missbildungen . . I 76
Ureter und Nieren, Beitrag zu den Missbildungen . I 74
Ureteren-Katheterismus, Technik und diagnost. Bedeutung. . . . . . III 212
Ureteren-Tuberkulose . . II 165
Urin, Giftigkeit, experimentelle Untersuchungen . II 25
Urnierreste, in den Adnexen des menschlichen Uterus I 91
Urogenitalchirurgie, Demonstration . . . . . . I 128
Urogenitaltuberkulose . . II 184
Urotropin . . . . . II 86, 121

Seite

Uterus, Contraktions- und Erschlaffungszustände in den ersten Schwangerschaftsmonaten . . . I 14
Uterus, Curettement und Tamponade . . . . I 45
Uterus, Curettageproben . V 163
Uterinæ-Abklemmung, nach Henkel . . . . . . IV 43
Uterus-Atonie . . . . IV 41
Uterusaxe, Neigung a. Ende der Schwangerschaft . II 76
Uterus-Carcinom, Totalexstirpat. vag. od. abdom. V 13
Uterusdilatator, nach de Seigneux . . IV 309, V 198
Uterusdrüsen, scheinbare metaplastische Veränderungen des Epithels . . II 58
Uterus duplex separat. etc. II 10
Uteruserkrankungen . . V 164
Uterusfixationszange, nach Reverdin . . . . . . IV 302
Uterusfibrom . . . . . III 221
Uterusfibrom, Behandlung . V 198
Uterusfibrom, Suspension . III 227
Uterusfibrome, Laparotomie II 162
Uterus mit Fibrom und Carcinom . . . . II 188
Uterusfibrome, Castration . I 85
Uterusfibrome, operative Indikationen . . . . . V 169
Uterusfibrome, verschiedene Formen . . . . . . V 176
Uterus, fibromatöser . . I 49
Uterushöhle, Eröffnung . . I 131
Uterushöhle, Infektion während des Wochenbettes . I 60
Uteruskatheter, nach Reverdin . . . . IV 300
Uteruskrebs, chirurg. Behandlung . . . . . IV 34

Seite

Uteruskrebs, primärer, mit Metastasen . . . . . I 109
Uterus, *Keimgehalt* in den späteren Tagen des normalen Wochenbetts . . II 92
Uterus-Lageveränderungen. IV 288
Uterus-Myom, mit Carcinom IV 214
Uterus myomatosus, Gravidität. . . . . IV 225
Uterus myomatosus gravidus, Abdominaltotalexstirpation . . . . . I 119
Uterusmyom, submucöses . I 53
Uterusperforation . . . I 12
Uterusperforation, Darmverletzung . . . . . V 184
Uterus-Polypen, Histolog. Untersuchungen . . . V 195
Uterusprolaps, Fibrom, Exstirpation . . . . . II 162
Uterusprolaps, Totalexstirpation . . . . . . II 162
Uterusprolaps, hochgradig. III 189
Uterusprolaps, Evisceration III 230
Uterusriesenzellensarcinom IV 112
Uterusruptur, spontane . I 132
Uterusruptur, spontane, in der Schwangerschaft . V 36
Uterusruptur, sub partu . II 22
Uterusruptur III 204, III 41. V 147
Uterusruptur, Casuistik. . V 81
Uterusruptur, bei manueller Placentalösung . . . IV 137
Uterus septus duplex, mit Gravidität . . . . . III 201
Uterus, supravaginale Amputation . . . . . I 132
Uterusschleimhaut, Beteiligung bei Vulvovaginitis gonorrhoica der Kinder . I 21
Uterusschleimhaut, Regeneration . . . . IV 93

Seite

Uterussonde, galvano-caustische . . . . V 146, 184
Uterustamponade, gynækol. IV 10
Uterustamponade, zur Dilatation und Therapie . . IV 10
Uterustotalexstirpation . . III 214
Uterustuberkulose, primäre III 99
Uterus, vaginale Exstirpation bei Carcinom . . I 79
Vagina, Carcinom, primär. II 11
Vagina, Fibromyome . . II 11
Vagina, künstliche . . . IV 174
Vagina septa . . . . II 10
Vaginalaffektionen . . . V 164
Vaginofixation . . . . II 153
Vaginal-Cyste, grosse . . V 194
Vaginalsekret. . . . . I 140
Vaginalsekret, bakteriolog. Untersuchungen . . . III 108
Vaginal-Tumoren . . . V 121
Vaginismus . . . . . IV 73
Vaginismus, superior . . IV 228
Vaginitis gonorrhoica . . V 145
Vagitus uterinus. . . I 47, 122
Varicen, geplatzte, an der Placentarstelle . . . II 142
Varicocele parovarialis sup. V 195
Ventrofixation . . II 157, 130
Ventrofixation, Schwangerschaft und Geburt . . IV 128
Ventrifixura uteri . . . II 14
Ventrofixation, bei Retrodeviationen u. Uterusprolaps II 126
Verbände . . . . III 194
Verjauchung, konsekutive, eines submucösen Uterusmyoms . . . . I 53
Verkrümmung, kongenitale, des Kopfes und der Halswirbelsäule . . . . I 147
Versio uteri, beim Rinde . III 194
Vibrationen, manuelle . . V 201

Seite

Vielträchtigkeit, beim Rind V 217
Vorfall (Senkung), Operat., ohne und mit hoher Cervixamputation . . . II 11, 12
Vorfall, d. schwang. Uterus I 136
Vulva-Diphterie, mit konsekutiver Augendiphterie . II 29
Vulva-Exstirpation . . . IV 174
Vulva, Tumoren. . . . II 11
Vulvasekret, bakteriol. Untersuchung . . . . III 108
Vulvovaginitis gonorrhoica I 21, IV 163, 166
Vulvovaginitis gonorrhoica, Beteiligung der Uterusschleimhaut . . . . II 23
Vulvovaginitis, der Kinder III 120
Vulva-Verletzungen, beim (vet.) Geburtsakt . . . V 213
Wanderniere . . II 139, IV 158
Weibliche Becken, 100 Messungen . . . . . . II 24
Wochenbettsbinde, Beuttner I 15
Wochenbett, im frühen Lebensalter . . . . . IV 135
Wochenbett-Pathol. IV 289, V 261
Wurmfortsätze . . . . V 157
Wurmfortsatz, Technik der Amputation . . . . II 56
Zahncaries . . . . . I 133
Zahncaries und *Lactation* . I 16
Zangenapplikation, Statistik IV 147
Zitzenkanal, Bakteriengehalt . . . . IV 278
Zitzenkanal, Unwegsamkeit und Behandlung . . . II 194
Zitzenstrikturen, bei Kühen III 239
Zwergin . . . . II 165
Zwergin, Kaiserschnitt . . IV 97
Zwillingsplacenta, Anom. . V 157
Zwillingsschwangerschaft, schwierige Geburt . . I 122

